Direction de la recherche, des études,
de l'évaluation et des statistiques
DREES

SÉRIE
ÉTUDES

DOCUMENT DE TRAVAIL

Le choix d'une vie …

Étude sociologique des choix des étudiants de médecine à l'issue des épreuves classantes nationales 2005

Anne-Chantal Hardy-Dubernet - Yann Faure

n° 66 – décembre 2006

MINISTÈRE DE L'EMPLOI, DU TRAVAIL ET DE LA COHÉSION SOCIALE
MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS, DE LA SANTÉ ET DE LA FAMILLE







Rapport d'étude pour la DREES

Avec la collaboration
Valérie GOSSEAUME
Chantal HORELLOU-LAFARGE
Fabienne LE ROY

Cette publication n'engage que ses auteurs

Nous remercions la DREES et les services de la DHOS pour nous avoir permis d'effectuer ce travail dans des conditions optimales de réalisation.

Nous sommes également très reconnaissants aux étudiants en médecine qui ont accepté de se soumettre à nos observations et à nos questions et nous ont spontanément répondu, au « tournant » de leur vie…

Sommaire

Introduction

Entre le 14 et le 26 septembre 2005, plus de 3 800 étudiants de médecine ont été convoqués nominativement dans un même lieu afin de choisir la filière dans laquelle ils poursuivront leur troisième cycle d'études médicales. À l'issue de cette procédure, 3 822 internes ont été affectés sur les 4 803 postes ouverts. C'était la première année que les choix des étudiants se déroulaient ainsi pour la totalité d'une promotion, puisqu'en 2004, une partie d'entre eux était rattachée au système précédent.

L'étude que nous avons réalisée s'inscrit dans le prolongement de travaux antérieurs visant à comprendre les mécanismes de socialisation professionnelle des étudiants en médecine, ainsi que l'impact des systèmes sélectifs sur la structuration interne du champ médical. Dans le cas présent, nous nous sommes basés sur un ensemble de matériaux quantitatifs et qualitatifs permettant de suivre les étapes de la répartition d'une promotion d'internes dans les différentes filières proposées à l'issue des épreuves classantes nationales. Les données dont nous disposions étaient les suivantes :

- les vœux individuels émis par les étudiants et leurs affectations à l'issue des ECN 2004 (données issues des fichiers de gestion automatisée des ECN de la DHOS fournies par la DREES) ;
- les résultats agrégés des simulations officieuses et officielles réalisées en 2005 en amont de la procédure de choix en amphi de garnison (données récupérées par nous à partir des sites internet) ;
- des relevés d'observations directes réalisées par notre équipe de sociologues tous les jours de choix des ECN 2005, à l'exception du dernier ;
- les vœux individuels émis par les étudiants et leurs affectations à l'issue des ECN 2005 (données fournies par la DREES)
- des éléments apportés par les forums internet d'étudiants.

À partir de ces matériaux, nous avons réalisé un travail surtout qualitatif, même si les données statistiques nous ont permis de cadrer notre propos. Mais notre objectif était plus de comprendre que de mesurer. Et il n'est pas aisé de comprendre comment s'élaborent les décisions des étudiants dans un contexte, non seulement contraignant, mais dont les règles ne sont pas toujours clairement définies. Notre attention s'est également portée sur l'impact de la procédure elle-même sur le mécanisme de choix. La question du maintien de cette procédure s'est posée en 2005 et elle se reposera sans doute à l'avenir. Les représentants des étudiants ont âprement défendu sa mise en œuvre alors que les pouvoirs publics étaient favorables à sa suppression. Nous n'aurons pas évidemment à entrer dans ce débat, mais plutôt à comprendre ce qu'une telle procédure implique, à la fois dans sa conception et dans sa réalisation.

L'observation directe nous a permis de récolter des informations extrêmement importantes pour la compréhension de ce qui se déroule autour du choix des étudiants. D'abord parce que les étudiants sont tellement présents que l'on peut considérer que nous avons vu passer une très grande majorité des inscrits en sixième année de médecine de France, et qu'une telle concentration permet de percevoir l'étendue des comportements sur un échantillon hautement représentatif. Ensuite, la mise en scène du choix des étudiants théâtralise les courants traversant cette population, dominants ou marginaux, qui se sont manifestés plus ou moins bruyamment à cette occasion. Enfin, les tensions et l'enjeu « en temps réel » qui

caractérisaient ces journées étaient propices à des formes de spontanéité que nous pouvions saisir au gré de nos rencontres, apportant ainsi un éclairage différent mais complémentaire aux entretiens plus approfondis que nous avions réalisés auparavant.

Pour autant, il est nécessaire d'analyser les conditions dans lesquelles se sont faites nos observations et la nature des discours que nous avons recueillis à cette occasion. Si la plupart des étudiants répondaient très facilement à nos questions, les entretiens proposés étaient rapides, ils s'effectuaient dans un lieu public et avec une accroche minimale. Les sociologues exerçant une profession souvent inconnue de leurs interlocuteurs, étaient considérés comme des sondeurs, des journalistes, voire des psychologues. Dans ces conditions, il nous faut entendre les arguments et justifications présentés par les étudiants à la lumière d'un contexte spécifique. Ainsi, on peut considérer que l'étudiant est plus ou moins mis en position de représenter, ou du moins de défendre son groupe d'élection, même si ce sentiment d'appartenance est encore infime ou très ténu. Ensuite, il faut tenir compte du fait que l'étudiant, qu'il ait ou non obtenu ce qu'il aurait voulu dans une situation idéale, doit entamer une démarche d'acceptation de son avenir et a tout intérêt à le « positiver » en relevant surtout les « bons côtés » du métier auquel il sera préparé. Nous nous sommes ainsi trouvés en position de recueillir nombre de discours de rationalisation, pas toujours encore bien stabilisés, mais dont l'étudiant, en tentant de nous convaincre, achevait lui-même de l'être. Enfin, il est très probable que les étudiants minimisaient l'importance de certains déterminants de leurs choix. Par exemple, ils faisaient souvent le déni de la dimension économique de leurs critères, même s'ils en convenaient dans un deuxième temps. Plus tout à fait étudiants, pas encore internes, presque médecins, ils doivent adhérer au discours de leurs pairs et, comme tous ceux qui ont à « faire leur preuve », ils ont tendance à « en rajouter » un peu là où ils pensent qu'ils sont attendus. L'importance qu'ils disent accorder à telle ou telle valeur dépend donc en partie de ce qu'ils se représentent comme les valeurs légitimes du groupe auquel ils prétendent appartenir. De ce point de vue, nous avons sans doute récolté des informations assez normalisées, d'autant que la situation était tendue et que les étudiants étaient dans une ambiance collective. Pourtant, des étudiants ayant des opinions plus marginales ou critiques vis-à-vis des opinions dominantes se sont exprimés, mais individuellement. Les mouvements de groupe étaient relativement uniformes, ce qui montre aussi le décalage entre la variété des positions individuelles et la force d'une apparente unité collective, qui est en fait le reflet des positions dominantes.

Nous avons organisé ce rapport autour de trois parties, qui abordent la question des choix sous des angles différents. La première partie s'articule autour de la procédure elle-même, que nous nous sommes attachés à décrire dans son contexte et ses spécificités. La seconde partie tente d'analyser trois types de facteurs déterminant les choix étudiants, selon qu'ils sont liés à la procédure elle-même, à des éléments de nature « privée » ou « professionnels ». La troisième partie esquisse quelques traits d'un paysage professionnel en mouvement. Car il ne s'agit pas de dresser le portrait du champ médical mais plutôt de ce qui est « en formation » à l'occasion des grandes tendances. C'est pourquoi nous nous sommes attachés aux spécificités liées à la médecine générale et aux deux grands groupes de spécialités, médicales et chirurgicales. Nous terminons par un « zoom » sur une spécialité érigée en filière, l'anesthésie-réanimation, dont l'évolution peut être étudiée comme un cas exemplaire.

Première partie : Les règles du choix : circuits formels et informels

La procédure de choix en « amphi de garnison » se réalise sur quelques jours, mais elle est l'aboutissement de différentes maturations. Du point de vue des procédures elles-mêmes, cette formalité s'inscrit dans une histoire qui pèse lourdement sur les mécanismes effectifs aujourd'hui. Il est donc impossible de considérer que l'on se trouve devant un système neuf, tant l'inertie des valeurs propres à la profession tend, à chaque réforme, à reproduire des principes anciens. Ainsi, les changements opérés par rapport au système précédent méritent d'être soulevés, y compris lorsqu'ils paraissent contradictoires. Quant à la procédure mise en œuvre actuellement, nous en présenterons les principales étapes. Il est utile de rappeler que les étudiants arrivent avec une histoire à l'amphi de garnison, un cursus déjà long d'un minimum de six années d'études, et quelques mois durant lesquels ils ont dû s'approprier leur classement aux ECN et élaborer des stratégies de placement. Le moment même du choix concerne tout ce qui se passe durant cet amphi, pour l'étudiant mais aussi pour la salle, puisque ce moment est, pour chacun une étape, mais aussi pour le collectif, une véritable épreuve. Enfin, nous aborderons rapidement les principales tendances des ECN 2005 sans entrer dans des détails qui constitueront le cœur de cette étude.

I.A. Ce qui change par rapport à l'internat de spécialité

Les épreuves classantes nationales se substituent à une autre procédure d'entrée en troisième cycle des études médicales, l'internat de spécialité. Instituée par la loi du 31 décembre 1982, cette procédure mettait fin à l'internat des hôpitaux, qui datait de 1902. Cet internat, véritable institution médicale, était un concours hospitalier qui permettait à des étudiants d'occuper un poste hospitalier rémunéré pendant la durée d'un troisième cycle qualifiant d'études médicales. Selon ce système, rappelons que tous les étudiants en médecine accédaient, à l'issue de la septième année, au grade de docteur en médecine après soutenance d'une thèse, et que ce titre leur permettait, à tous, d'exercer la médecine générale. Ceux qui désiraient se spécialiser pouvaient le faire de deux manières : soit par les internats des hôpitaux, qui représentaient la seule voie d'accès aux spécialités chirurgicales, soit par les Certificats d'études spéciales (CES), qui étaient la voie courante d'accès aux spécialités médicales. Au sein de ces dernières, on retrouvait une hiérarchie dépendant de la voie de formation : si les gynécologues médicaux, les anesthésistes-réanimateurs ou les dermatologues se formaient presque exclusivement par la voie des CES, les cardiologues ou les gastro-entérologues se formaient en bonne partie par l'internat. D'où une hiérarchie au sein même de ces spécialités entre ceux qui venaient de l'une ou l'autre voie. Il faut également mentionner que le Conseil de l'Ordre des médecins se gardait la possibilité de qualifier comme spécialiste des omnipraticiens qui apportaient la preuve de leurs compétences et de leur expérience dans un domaine particulier. Même si cette voie reste théoriquement ouverte encore aujourd'hui, il faut savoir qu'elle est extrêmement marginale. Ce sont les diplômes qui qualifient les médecins dorénavant.

L'internat de spécialité a été mis en place suite à la loi de 1982, instaurant un certain nombre de mesures sur lesquelles nous ne reviendrons pas ici. Il convient cependant de spécifier qu'il s'agissait entre autres choses, et concernant le troisième cycle des études médicales, de répondre à un triple besoin :

- harmoniser les circuits de formation des spécialistes,
- apporter aux généralistes une formation spécifique,
- réguler la répartition entre généralistes et spécialistes, par voie gouvernementale.

En effet, si les postes d'internes étaient réglementés, les postes en CES étaient laissés à la discrétion des facultés, puisque ces étudiants n'avaient pas de rémunération et n'avaient pas de place réelle à l'hôpital, où ils effectuaient peu de stages. La régulation de l'accès aux spécialités permettait alors au gouvernement, qui par ailleurs fixait désormais le numerus clausus de deuxième année, de réguler l'entrée en spécialité, qui était alors considérée comme trop importante. L'objectif affiché au moment de la mise en place de cette réforme était d'atteindre un taux de spécialisation de 40 % d'une génération d'étudiants en médecine. Au moment de la mise en place de la réforme, il faut savoir que moins de la moitié des étudiants se spécialisaient à l'issue de leurs études.

Ce taux annoncé n'a jamais été appliqué, mais depuis plusieurs années, l'internat de spécialité ouvrait chaque année un nombre de postes de spécialistes correspondant à la moitié du *numerus clausus* de l'année N-5. Ainsi, même si les étudiants décidaient de redoubler pour augmenter leurs chances de réussite au concours, et se présentaient donc plus nombreux, le nombre de postes mis au concours restait fixe et proportionnel aux promotions réelles. Ceci en supposant que tous les PCEM2 terminent leur cycle, ce qui n'est pas tout à fait le cas, mais reste difficile à estimer[1].

Un des objectifs de la réforme de 1982 était de « revaloriser » la médecine générale, ce qui fut, de l'avis de tous, un retentissant échec. Nous avons montré d'ailleurs qu'à l'issue de cette réforme, les « bons » étudiants se détournaient assez systématiquement de l'omnipratique et que la qualité de la formation en deuxième cycle a souffert de la concurrence opérée par les circuits de préparation au concours. Les pouvoirs publics ont alors imaginé de renforcer le système en créant un concours « pour tous », généralistes et spécialistes, de faire de l'omnipratique une « spécialité médicale » afin de la mettre sur le même plan que les autres disciplines médicales, et ainsi, de réellement « revaloriser » cette filière. Nous constatons aujourd'hui, et nous le verrons, que les premiers résultats des ECN ne vont pas dans ce sens.

Il faut avoir à l'esprit cependant que les étudiants qui passent, depuis deux ans, les épreuves classantes nationales, sont entrés en médecine sous le régime précédent, et n'ont su qu'assez tardivement que la réforme de l'internat, annoncée depuis plusieurs années, serait mise en place pour eux. Cela n'est pas sans incidence sur leurs comportements actuels et nous avons pu mesurer, à l'occasion de la mise en place de la réforme précédente, que les comportements des étudiants mettaient quelques années à s'adapter à une nouvelle procédure. L'évaluation doit donc se faire sur un temps suffisamment long pour bien comprendre ce qui est transformé par de nouvelles règles.

On peut ainsi résumer ce que la mise en place des ECN change concrètement, par rapport au système précédent :

---

[1] Des travaux que nous avons réalisés sur le suivi longitudinal des étudiants, on peut estimer à environ 5 % la « perte » d'étudiants entre le PCEM2 et le troisième cycle, puis environ autant qui n'exerceront pas leur profession médicale (abandon, réorientation, inactivité, décès). Cela reste, dans tous les cas, très marginal, et fait des études de médecine un outil prévisionnel exceptionnel de la démographie médicale.

I.A.1 Sur la procédure d'accès au troisième cycle

L'accès au troisième cycle des études médicales est toujours conditionné par la validation des deux premiers cycles. Cependant, l'entrée en troisième cycle de médecine générale était auparavant automatique pour tous ceux qui ne passaient pas le concours d'internat de spécialité. Ce n'est plus le cas aujourd'hui, puisque si un étudiant ne se présente pas aux ECN, il ne peut prétendre obtenir une place d'interne de médecine générale.

Les ECN ont pour objectif de répartir les étudiants entrant en troisième cycle des études médicales dans des préparations à des DES (diplômes d'études spécialisées) en fonction de quotas de postes d'internes dans différentes disciplines. Ces quotas ne sont pas fixés par DES mais par « disciplines » ou « filières », qui concernent un ou un ensemble de DES. Il ne s'agit pas d'un concours, ce qui modifie le principe de l'internat de spécialité qui prévalait dans le système précédent. En effet, il faut dorénavant prévoir le même nombre de places que de candidats : dans la mesure où l'accès au troisième cycle est conditionné par la validation du deuxième cycle, tous les candidats ayant validé un deuxième cycle doivent pouvoir trouver un poste en troisième cycle.

Dans l'ancien système, il existait deux concours dans deux zones : nord et sud. Les étudiants disposaient, pour chacune des zones, de deux chances : la première en fin de DCEM4 et la seconde, soit l'année suivante, soit leur dernière année de résidanat. Cela leur permettait en fait de passer quatre fois le concours. Avec les ECN, les étudiants ne sont pas limités dans le nombre de passages des épreuves mais ils ne peuvent participer que deux fois à la procédure de choix de postes (la première fois l'année où ils valident leur DCEM, la seconde l'année universitaire suivante, après avoir occupé un poste d'interne correspondant à leur affectation précédente[2]). Cela signifie que les étudiants qui s'inscrivent aux ECN sont : soit des étudiants en DCEM4 (redoublants ou non), soit des internes de première année ou encore pendant une période transitoire des résidents en dernière année[3]. Les étudiants inscrits en DCEM4 sont inscrits d'office par les facultés aux ECN, les autres doivent s'inscrire individuellement. Le nombre de postes ouverts doit donc permettre à chaque inscrit de trouver une place et, jusqu'à présent, la publication du nombre de postes s'est faite après la fin des inscriptions. Celui-ci est établi par quotas et en principe avec l'objectif d'équilibrer la répartition entre généralistes et spécialistes. Ainsi, la moitié des postes d'internes est affectée à la médecine générale.

Dans la pratique, les étudiants utilisent rarement leur deuxième chance, car elle présente un gros risque : d'une part ils sont en poste au moment de la préparation et souvent, ils disposent de peu de temps pour préparer l'épreuve ; d'autre part, ils doivent renoncer au bénéfice de leur classement et prennent ainsi le risque d'être moins bien affectés la seconde fois[4]. Pour éviter cela et pour se donner plusieurs chances, la procédure utilisée par les étudiants est l'invalidation d'année. Celle-ci a lieu après le concours, puisqu'il faut avoir terminé ses stages hospitaliers pour faire valider l'intégralité de l'année. En général, les étudiants attendent les résultats des ECN et peuvent même avoir accès aux premières simulations avant de faire

[2] En principe, puisque le jeu des invalidations d'années permet en fait à un étudiant de passer plusieurs fois le concours, mais il ne peut participer que deux fois aux choix.
[3] Dans le cadre de la transition entre les deux régimes d'accès au troisième cycle, quelques résidents en dernière année se sont présentés aux ECN en 2004 et 2005 et seront susceptibles de le faire pendant les 2-3 prochains millésimes des épreuves.
[4] Il y a une ambiguïté dans l'interprétation des textes à ce sujet, pour laquelle sans doute les premières contestations feront office de jurisprudence.

invalider leur année. Car les choses se passent bien ainsi : ce ne sont pas des étudiants qui font valider leur DCEM (puisque celui-ci est presque toujours obtenu), mais des étudiants qui le font invalider. Ces procédures sont tout à fait informelles et se déroulent dans des conditions différentes d'une faculté à une autre. En cas d'invalidation volontaire du DCEM, certaines UFR imposent aux étudiants de refaire l'intégralité de leurs stages, dans d'autres aucun, pour d'autres encore une partie seulement. Cette procédure d'invalidation n'est d'ailleurs pas évidente dans toutes les facultés, puisque certaines l'interdisent et d'autres l'encouragent[5]. Ainsi, les conditions objectives des étudiants sont très variables d'un établissement à un autre.

I.A.2 Sur la répartition des postes

Les ECN, dans la lignée de l'internat de spécialité mais aussi du dispositif précédent (internats des hôpitaux et certificats d'études spéciales), laissent perdurer la distinction entre les catégories propres à l'enseignement et celles propres à l'exercice. Si l'obtention d'une qualification de spécialiste peut encore aujourd'hui se faire par demande auprès du Conseil national de l'ordre des médecins, sur présentation d'un dossier (une « VAE » avant l'heure), les diplômes d'études spéciales (DES) octroient systématiquement le titre de médecin spécialiste. Ainsi, le découpage des différents DES dessine le contour des spécialités reconnues, et celui des DESC (complémentaires) celui de ce que l'on pourrait appeler des « sous-spécialités » ou, peut-être, des « sur-spécialités ».

Les ECN créent, pour leur part, d'autres catégories. En effet, les filières selon lesquelles les étudiants choisissent leur orientation dessinent ce qui est aujourd'hui appelé des « disciplines ». Certaines correspondent à un DES, d'autres à un ensemble de DES et DESC. Ainsi, la discipline « pédiatrie » correspond à un seul DES et la discipline « spécialités médicales » à un grand nombre de DES et DESC, tout comme les « spécialités chirurgicales ». Ces spécialités (cardiologie, chirurgie plastique, rhumatologie etc.) sont alors rebaptisées par les étudiants « sous-spécialités », de façon bien curieuse, puisqu'elles constituent de réelles spécialités. On voit ainsi comment le jeu des catégories créées pour un concours contribuent à modeler les représentations du paysage professionnel pour ces jeunes médecins.

Dans le système précédent, le nombre de postes d'internes de spécialité était calculé à partir du *numerus clausus* de première année cinq ans auparavant. Ce nombre était donc fixé par rapport à l'estimation d'une promotion entière. Si ce *numerus clausus* était fixé à 100 et que l'on décidait d'ouvrir 50 % de postes d'internes de spécialité, on ouvrait ainsi 50 postes d'internes au concours. Dans la réalité, il y avait plus de 100 candidats à se présenter au concours puisque les candidats avaient deux chances et que nombre d'entre eux choisissaient d'invalider leur DCEM pour le tenter une fois supplémentaire. Mais, même avec cet effet de « file d'attente », au total, le pourcentage de spécialistes et de généralistes fixé par les pouvoirs publics, par rapport aux flux initiaux, était approximativement respecté.

Dans le système actuel, les choses sont différentes : légalement, le nombre de postes d'internes dans chaque « discipline » est fixé par arrêté ministériel pour chaque subdivision et correspond quasi exactement au nombre d'étudiants inscrits aux ECN. Comme il s'agit d'un examen classant, il faut que tous les étudiants puissent être affectés, et donc il est

[5] Anne Billaut, *Caractéristiques et résultats des épreuves classantes nationales de médecine 2004*, Document de travail DREES, série Études, n° 52, octobre 2005, p.19-20

indispensable de proposer un poste pour un étudiant[6]. L'inscription aux ECN se fait de deux manières : automatiquement par les universités pour tous les inscrits en DCEM4 (primants et redoublants) et de façon individuelle par les internes de première année qui désirent utiliser leur deuxième chance. Ainsi, le nombre d'individus à partir duquel se réalise la répartition des postes est supérieur à la totalité d'une promotion. Si l'on décide de réserver la moitié des postes à la spécialité de médecine générale, on va alors, pour 100 individus, en attribuer 50. Dans la pratique, sur les 100 individus inscrits, un certain nombre ne sera pas présent aux épreuves, d'autres n'auront pas validé leur DCEM. Au total, ce sont environ 20 % des inscrits qui ne participent pas au choix. Ainsi, sur 100 candidats, il en y a 80 qui prennent des postes, et comme les postes de médecine générale sont les derniers à être pris, on se trouve devant une occupation effective de postes qui correspond, pour 80 individus, à 50 postes de spécialistes et 30 postes de généralistes, soit une proportion de 62,5 % de spécialistes et 37,5 % de généralistes. Ainsi, pour augmenter leurs chances d'obtenir un poste de spécialiste, les candidats ont intérêt à être nombreux à s'inscrire et peu nombreux à participer au choix.

I.A.3 Sur le contenu des épreuves

Les épreuves du concours de l'internat de spécialité ont subi des modifications au cours des années. Elles se sont progressivement standardisées pour aboutir à une place privilégiée accordée aux QCM et questions à réponses courtes, au détriment des dossiers. Ces derniers nécessitaient en effet des réponses rédigées, plus difficiles à corriger selon un système automatisé. Les ECN, en s'adressant à un plus grand nombre d'étudiants, risquaient de renforcer cette méthode d'interrogation, qui conditionnait également la méthode d'apprentissage. En effet, le programme de l'internat différait du programme des études universitaires, dans la mesure où l'un et les autres ne poursuivaient pas le même objectif : l'internat visait à pratiquer une sélection entre les postulants à une spécialité, les études universitaires à proposer une formation générale de base à l'ensemble des étudiants, futurs généralistes comme futurs spécialistes.

Les choses ont pourtant rapidement évolué. Nous avions observé que les universités, dans les années suivant la mise en place de l'internat de spécialité, se sont toutes calées sur le programme de l'internat, au détriment du programme universitaire. Que ce soit le programme ou les modes de validation, les universités reproduisaient les modalités du concours, afin d'éviter à leurs étudiants un double programme et, ainsi, de favoriser leur bonne réussite au concours. Certaines facultés organisaient aussi leurs maquettes de stage de façon à permettre aux étudiants qui le souhaitaient de se libérer un maximum de temps pour la préparation du concours. Le résultat fut une baisse de la qualité de l'enseignement universitaire et hospitalier au cours du deuxième cycle, et une désertion encore plus grande des amphithéâtres durant ces années. En annonçant un programme unique pour ces ECN, qui est officiellement celui du deuxième cycle des études médicales, la nouvelle procédure vise, en principe, à rétablir la place centrale des facultés dans les universités, au détriment des conférences, écuries et autres cours privés centrés sur la préparation au concours.

C'est dans ce sens que la « jeunesse » du dispositif doit inciter à la prudence, quant aux données dont nous disposons. En effet, la tradition voulait jusqu'ici que les internes participent à la préparation au concours des étudiants de second cycle, à partir de leurs

[6] « Des épreuves classantes anonymes permettent à tous les candidats […] d'obtenir une affectation en qualité d'interne », art.4 du décret n° 2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales.

expériences, des annales des concours, de banques de questions etc. Or, en principe, ces banques sont encore relativement pauvres, dans la mesure où le concours est récent et que les modalités du concours des internes en poste sont différentes de celles proposées aux candidats aujourd'hui. Ceci dit, les universités avaient anticipé différemment, pour la réforme de 1982, les conditions de préparation à l'internat et on peut supposer qu'il en était de même pour le passage aux ECN : certaines facultés ont sans doute, vu leur proximité avec les instances décisionnaires et en charge de mettre en place les nouvelles procédures, plus ou moins préparé leurs étudiants aux ECN. La grande variation des taux de classement des étudiants selon les facultés est aussi à comprendre dans ce sens.

I.A.4 Sur les découpages géographiques et disciplinaires

Lorsque l'internat de spécialité a été mis en place, il y avait très peu de filières. La première année, on trouvait ainsi les spécialités médicales, les spécialités chirurgicales, la psychiatrie (qui avait aussi dans l'ancien système un internat spécifique) et la biologie médicale. Très vite, les filières de médecine du travail et de santé publique ont été ajoutées, puisque ces spécialités n'étaient jamais prises par les étudiants reçus en spécialités médicales. Par la suite, il y eut plusieurs maquettes, en fonction des négociations internes à la profession. On a pu ainsi voir évoluer les choses : dans les premières années de l'internat de spécialité, la filière « anesthésie-réanimation » s'est littéralement vidée. Il faut comprendre ce phénomène comme un réflexe issu de « l'ancien régime » où les anesthésistes n'étaient quasiment jamais internes et étaient facilement considérés comme des « sous-spécialistes » par leurs collègues de bloc : les chirurgiens. Devant cette pénurie importante, les pouvoirs publics ont voulu créer une filière « anesthésie-réanimation » afin de « forcer » les étudiants à y aller. Cette filière a provoqué un tollé chez ces professionnels qui considéraient alors que leur spécialité risquait d'être dévaluée par cette procédure particulière. Elle fut donc supprimée puis rétablie par la suite, alors que d'autres filières se distinguaient : gynécologie-obstétrique ou pédiatrie, par exemple.

Aujourd'hui, il règne une confusion dans les appellations. Est nommé « discipline » ou « spécialité » une filière. Celles-ci sont au nombre de onze, mais elles n'ont pas toutes le même poids : 2 400 places de médecine générale et 20 en gynécologie médicale, pour ne citer que les extrêmes. La coexistence d'un système de répartition très stricte, puisqu'il s'agit de limiter le nombre de postes par subdivision, autrement dit par CHU et d'une laxité de principe au sein des filières (spécialités médicales et chirurgicales en particulier), engendre des variations locales dans la façon de gérer les attributions de postes d'internes de spécialité, et donc dans l'accès aux DES. Nous reviendrons plus loin sur cette question importante en abordant la question des « flux » gérés localement, mais il faut garder à l'esprit que ces variations locales sont directement produites par le système lui-même, qui génère des zones d'absence de règles dans des zones apparemment strictement contrôlées.

I.A.5 Sur la procédure de choix

Dans le système précédent, les candidats à l'internat de spécialité établissaient un choix d'affectation de subdivision et de filière selon des modalités qui ont évolué dans le temps. Au départ, ces choix se faisaient par écrit au moment de leur inscription au concours et, au vu des résultats finaux, les étudiants étaient affectés dans le premier choix possible de la liste qu'ils avaient établie. Progressivement, le système s'est affiné et la procédure s'est réalisée par

informatique, avec des possibilités de simulation, afin d'avoir une idée des places restantes. Dans le système actuel, les étudiants saisissent ainsi une liste de vœux sur un site Internet pendant quelques jours, puis commencent les simulations, à savoir des affectations simulées des étudiants en fonction des vœux indiqués.

Le nouveau système a, en outre, introduit une procédure de choix en direct par l'organisation de ce qui est appelé l'amphi de garnison. Le principe consiste à réunir les étudiants dans un lieu unique, par tranches de classement, et à leur faire choisir directement leur affectation en fonction des places réellement disponibles. Ce système répond à une forte demande des étudiants et ces derniers y tiennent très fort, comme en témoigne d'ailleurs leur large participation aux deux amphis de garnison, organisés en 2004 et 2005. L'importance que revêt cette procédure en direct ne peut pas se comprendre si l'on ne tient pas compte de tout ce qui se passe en dehors des règles officielles et de l'état d'esprit dans lequel ces étudiants abordent leur entrée en troisième cycle.

I.B. Avant l'amphi de garnison

Ce qui se passe durant l'amphi de garnison doit être compris comme un moment qui signe un passage, mais les choses se préparent longuement à l'avance. Si un certain nombre d'étudiants semblent choisir « au dernier moment », leurs choix ne sont pas, pour autant, aléatoires et résultent de périodes de maturation qui les rendent, sur le moment, plus acceptables.

La préparation aux épreuves est importante, et même si nous ne nous attarderons pas dessus, il nous semble essentiel de le mentionner, car se jouent là des chances de réussite très diverses. Ensuite, après les épreuves et les résultats, commence une période de préchoix qui est essentielle pour arriver à l'intériorisation de ses chances et pour décider si l'on accepte le verdict ou non. Si l'on refuse, c'est l'invalidation, une procédure qui ne nous est pas parue si claire que cela et qui s'opère de façon différente selon les facultés, plaçant alors les étudiants dans une situation souvent difficile.

I.B.1. La préparation au concours

La préparation au concours est très inégale entre les facultés et, au sein d'une même faculté, entre les étudiants. Nous avons un peu interrogé les étudiants sur cette question, qui est venue éclairer quelques informations que nous avions déjà obtenues lors de nos précédentes enquêtes, mais qui permettent en outre de mesurer la grande diversité géographique des cadres formels de préparation. Comme à tous les moments des études de médecine, il existe deux systèmes : l'un, public, universitaire et peu onéreux et l'autre, privé et cher. Les ECN semblent avoir apporté une préparation universitaire plus importante mais n'ont pas supprimé pour autant les conférences privées. Les « meilleures » seraient les conférences parisiennes, mais dont la réputation semble avoir souffert de l'évolution des modalités des épreuves[7]. En effet, ce sont en général d'anciens internes qui préparent ces conférences, en fonction de ce qu'ils ont eux-mêmes appris. Or, l'évolution des épreuves a

[7] Nous n'évaluons pas ici les résultats objectifs de ces préparations, que nous ne connaissons pas, mais les réputations dont elles jouissent.

donné moins de prise à ce système, qui s'est déroulé un peu plus en faveur de la province dans les années précédentes.

Il semble qu'il y ait trois types de villes : la ville de Paris représente une catégorie à elle seule, encore que l'on observe des variations entre les facultés. Mais c'est là que l'on trouve les conférences les plus prestigieuses, les plus complètes, dans des facultés qui accordent des facilités de stage pour préparer le concours. Certaines de ces conférences se délocalisent dans d'autres facultés, et les plus grandes de province ont aussi leurs propres préparations privées. Enfin, les plus petites facultés éloignées de Paris ne bénéficient d'aucune de ces préparations privées. Il faut noter que, bien que « privées », ces conférences se déroulent au sein même des universités, donc dans des locaux publics prêtés gratuitement aux conférenciers. Les étudiants de province qui n'ont pas accès à des conférences dans leur ville doivent donc s'organiser par eux-mêmes, certains d'entre eux faisant le trajet jusqu'à Paris pour s'inscrire dans les meilleures préparations.

Il va sans dire que ce système génère de fortes inégalités entre les étudiants. Ces conférences peuvent être assez onéreuses, pour des étudiants encore dépendants de leurs parents six années après leur baccalauréat. Et pour ceux qui ne veulent plus l'être, le temps leur manque s'ils travaillent en plus de leurs études durant cette sixième année. Plusieurs étudiants nous ont fait part de leur difficulté à se payer ces préparations, qu'ils ne peuvent suivrent à nouveau s'ils redoublent, s'inscrivant uniquement au concours « blanc ». Comme les concours « blancs » de première année, ces internats (aujourd'hui également organisés par les facultés pour une participation moins onéreuse) permettent aux étudiants de se situer, eux-mêmes et leurs camarades avec lesquels ils préparent le concours. Mais nombreux sont ceux qui ont des surprises : parfois les ECN inversent les classements issus du concours blanc, souvent apparaît la part d'imprévisible dans les résultats.

Cet étudiant vient, avec sa femme, d'une petite ville. Il paraît très angoissé et tendu et explique pourquoi. Il veut faire cardiologie. Il a découvert cette spécialité en stage et depuis n'en démord pas. Éventuellement, il ferait de la réanimation. On est l'après-midi du troisième jour et il n'est pas sûr de pouvoir faire ce qu'il veut, d'autant plus que la cardio a déjà été prise dans sa ville et qu'il n'y a que trois postes. Il ne veut pas changer parce que sa femme, infirmière, vient d'être titularisée à l'hôpital et ne peut pas bouger. En plus, elle est enceinte donc ils préféreraient ne pas être séparés. Il est très déçu. L'année dernière, il a choisi de redoubler pour pouvoir faire cardio. Il avait, durant sa première année de préparation, fait toutes les colles qui étaient accessibles dans sa ville : 2 à 3/4 000 F chacune. Il avait fait tout ce qui était possible et avait été bien classé aux ECN blancs mais seulement 2500ème aux ECN. Cette année, il n'a pas suivi les conférences, mais a juste payé pour passer les ECN blancs (entre 800 et 900 étudiants y participent et les classements sont corrigés pour qu'ils puissent évaluer à peu près leurs chances) où il était plutôt bien classé mais il est déçu, d'autant plus que les spécialités médicales partent plus vite que l'année dernière et qu'il craint d'avoir fait tout ça pour rien. Il dit avoir pris une belle claque et il est très amer sur les études de médecine, très fatigué : « on *nous fait un concours à l'entrée et un à la sortie, ça n'arrête pas, j'en ai ras-le-bol. Je ne croyais pas que ce serait si dur, si j'avais su je ne l'aurais sans doute pas fait.* » Pendant son redoublement, il a dû quand même refaire tous ses stages, car l'invalidation dans cette fac oblige à tous les refaire. Il n'aurait pas fait de la médecine générale : « *on travaille seul, il y a 85 % de bobologie, c'est comme les urgences. C'est pas intéressant les urgences, on ne fait pas de la médecine, on fait du tri toute la journée, on ne soigne pas les gens.* » Il envisage éventuellement de faire de l'anesthésie-réanimation. Sa femme est fatiguée, ils sont debout depuis 5 heures du matin et il n'a plus envie de répondre aux questions. Il a pris spécialités médicales, mais il a peu de chances de faire de la cardiologie.

Il y aurait sûrement beaucoup de choses à étudier sur ces préparations. Si on peut constater que les résultats se jouent à peu de points près, il est assez probable que les conditions de préparation du concours contribuent à une sélection sociale importante, un peu comme le concours de première année. Nous n'avons pas demandé systématiquement aux étudiants quelles étaient leurs conditions d'existence ou leur origine sociale, mais quand nous l'avons fait, il nous a semblé que les étudiants d'origine populaire et les plus éloignés des milieux

médicaux étaient plus nombreux les derniers jours que les premiers. Lors de nos précédents travaux sur l'internat de spécialité, nous avions pu objectiver la sélection sociale qu'avait généré le concours pour tous les spécialistes. Au vu des conditions de préparation des ECN, il y a de fortes chances pour que cette discrimination se reproduise toujours.

I.B.2. Les préchoix

Il faut savoir qu'au moment où les étudiants commencent la saisie de leurs vœux sur le site du ministère de la Santé (appelé *Celine*), ils ont déjà commencé, pour la plupart d'entre eux, à entrer des vœux sur un site officieux et géré par des étudiants en médecine, appelé *Coline*, qui présente des caractéristiques intéressantes pour comprendre le jeu des simulations « officielles ».

Coline

Il existe apparemment plusieurs sites « officieux » destinés aux étudiants en médecine, mais il faut qu'un site soit suffisamment utilisé pour qu'il puisse vraiment donner des résultats. Le plus fréquenté d'entre eux est *Coline*, qui était d'ailleurs, lors de l'amphi de garnison, la référence des étudiants. Le site est consultable à l'adresse suivante : http://ecn2005.fr.st[8].

La procédure est la suivante : *Coline* fonctionne grâce à un réseau de correspondants dans chaque université, qui attribue aux étudiants qui le demandent un identifiant. Les étudiants entrent alors un mot de passe personnalisé et s'inscrivent sur le site. Durant le préchoix 2005, 2 654 candidats ont participé à la procédure, ce qui correspond à 59 % des candidats inscrits et 69 % des candidats affectés[9]. Ouvert début août, ce site a proposé aux étudiants plusieurs simulations avant l'ouverture du site officiel. Ces simulations devaient leur permettre d'évaluer leurs chances d'obtention de leur vœu, suivant une méthodologie qui introduisait une correction liée au taux de participation des étudiants. Cette correction, évidemment, ne tenait pas compte de la nature de cette non-participation, puisque l'on comptait des taux très différents selon les facultés. Ce qui importait ici pourtant, c'était surtout d'arriver à « tenir », à « passer l'été », comme ces témoignages recueillis sur le site l'expriment très clairement.

---

[8] La page de présentation du site et la méthodologie adoptée figure en annexe1 de ce document.
[9] Certains candidats peuvent en effet avoir participé à la simulation officieuse puis avoir invalidé leur DCEM4 et, de ce fait, n'avoir pas participé aux choix 2005.

Merci Coline...
merci, ça aurait été bien plus compliqué sans ce site. L'été aurait été trop pénible, attendre sans rien savoir..... continue, c est une super-idée
ça compense les gros manques des officiels (qui ne font pas grand-chose de bien, il faut le dire) encore merci
----
Merci beaucoup pour cet investissement. Maintenant que la procédure est finie je constate que vous recevez beaucoup moins de messages mais je tiens à vous témoigner de ma reconnaissance. Grâce à vous l'attente a été moins longue cet été ; mais avant tout il s'agit d'une belle action de solidarité.
----
merci beaucoup pour votre investissement dans ce beau projet d'entre-aide pour des futurs médecins qui ignorent trop souvent ce que cela veut dire (et je parle en connaissance de cause !).

Les lacunes du site du ministère rendent Coline indispensable à l'approche des choix définitifs.
Encore merci pour le site

Merci de vous être investis dans ce site qui a dû vous demander beaucoup de temps !! Même si j'étais mal classée, ça m'a aidée... Dommage que tout le monde n'ait pas joué le jeu...
----
1 000 mercis pour ce site très utile en cette période de doute....
QUAND a lieu la prochaine simulation ???

Pour une fois que l'on aime les simulateurs et simulatrices, vive la simulation !!
Un grand merci à Ben pour son site qui est génial, n'ayons pas peur des mots !

OUI OUI OUI vraiment un énorme merci car l'existence de ce site est en ce moment ma raison de vivre. Que ferai-je sans lui ?? bravo bravo ;-)

Il déchire ton site... même si il en fait pleurer quelques-unes ! Bon en tout cas merci et bon courage à ceux qui retenteront leur chance à la grande loterie ENC 2006 !
----
respect... voilà une initiative digne d'un véritable esprit communautaire dans notre profession. j'espère que ça donnera des idées à tous les futurs internes et médecin pour rendre notre profession plus chaleureuse.
----
merci pour ce site qui est très utile pour se faire une idée de ce qu'on peut espérer avoir, notamment pour les sous-spé. une question cependant, serait-il possible svp de mettre en relation les pers désirant la même sous-spé, sachant que vous avez les mails de tout le monde...enfin, si c possible...afin de pouvoir choisir au mieux la ville...? merci encore.

Surtout, ce site présentait le très grand avantage de donner une idée des « préchoix » des étudiants en matière de « sous-spécialité ». Cette option se présentait de la manière suivante : les étudiants qui faisaient un vœu concernant les filières « spécialités médicales » et « spécialités chirurgicales » inscrivaient la sous-spécialité qu'ils visaient, par le biais du DES correspondant. 1 322 étudiants ont joué ce jeu. Cette information était très précieuse pour les étudiants, surtout au cours des simulations officielles, car ils disposaient, pour un certain nombre d'entre eux, des vœux d'inscriptions en DES et pouvaient alors anticiper les places prises par les mieux classés qu'eux, dans les disciplines et les subdivisions de leur choix.

On ne peut pas vraiment considérer que les simulations, même corrigées, sont fiables, dans la mesure où le taux de participation n'est pas équivalent d'une faculté à l'autre. Il s'agit aussi d'un comportement collectif, qu'il aille dans le sens de la solidarité ou de la désolidarisation. L'application d'une méthode de redressement statistique ne peut pas vraiment être fiable, puisque les absences au préchoix ne sont pas également réparties entre les étudiants. Ainsi, si l'on constate que plus de 90 % des étudiants de certaines facultés comme Nantes ou Montpellier jouent le jeu, on peut supposer que ceux qui ne s'inscrivent pas sont parmi les moins bien classés et qu'ainsi cela ne change rien pour la première partie des étudiants. En revanche, les comportements des étudiants originaires de Toulouse, Lariboisière ou Necker

peuvent être interprétés de façon contraire, puisqu'il s'agit de facultés ayant eu de très bons taux de réussite au concours et qui jouent visiblement le jeu de la concurrence jusqu'au bout.

Le résultat, concernant les rangs limites simulés, est assez étonnant : plusieurs villes apparaissent avec des rangs limites d'affectation en spécialités médicales inférieurs à l'Île-de-France, qui est pourtant toujours la première subdivision à remplir les postes d'internes de spécialité. C'est par exemple le cas de Grenoble, Lyon, Nantes ou Bordeaux, villes où le taux de participation à la procédure dépasse souvent les 70 %. Et pour les villes peu participantes, l'effet est particulièrement optimiste puisque les étudiants originaires de cette ville voient alors leurs rangs limites repoussés.

Ce que l'on perçoit bien à travers cette procédure « officieuse », c'est que les étudiants alternent entre des comportements rivaux et secrets et des attitudes solidaires et transparentes. Entre eux, ils sont évidemment en concurrence mais face aux autres, ils retrouvent une certaine solidarité. Le site officieux montre bien cela. Éventuellement, ils n'y vont pas, et cela semble d'ailleurs lié à des attitudes collectives, sans doute au regard de la personnalité et/ou de l'implication des correspondants locaux. Mais, contrairement à ce qui pourrait être craint, ceux qui s'inscrivent sur le site y mettent des informations qui nous ont semblé fiables, au regard des autres sources de données. Les plus présents sont aussi les premiers, et ils savent que, s'ils ont tous les choix, le fait d'en informer leurs collègues peut aider ces derniers à mieux s'orienter. C'est pourquoi ces « gagnants » ont tout intérêt à jouer le jeu, puisqu'ils ne sont pas en danger par ce type de procédure. On voit ainsi se reproduire des mécanismes que nous avions observés à l'occasion du PCEM2, lorsque les survivants du concours de première année tentent de recréer du lien et de la solidarité dans la promotion.

Céline

La procédure de choix officielle est gérée par le ministère de la Santé à partir d'un site nommé « Céline ». Chaque candidat aux ECN se voit attribuer un identifiant et un mot de passe (qu'il peut changer) afin d'entrer sa liste de vœux, limités ici aux dites « disciplines », donc sans le détail des sous-spécialités. Les étudiants vont alors entrer entre 1 et 277 vœux, ordonnés par rang de préférence. En principe, la démarche est obligatoire, mais un certain nombre d'étudiants[10] n'entrent pas dans la procédure et ne choisiront que lors de l'amphi de garnison. Le site ferme trois fois par jour le temps de procéder à des simulations. Les étudiants peuvent alors corriger l'ordre de leurs vœux afin de tester une nouvelle simulation. À chaque affectation obtenue lors de ces simulations, il est indiqué à l'étudiant son rang dans la discipline et la subdivision, information essentielle dès lors qu'il s'agit d'une ville de flux, mais toujours importante dès lors que l'on sait que les choix de stage se font par rang de classement. Si aucune affectation n'est possible pour un candidat, l'information apparaît sous la forme : « aucune affectation possible pour ce candidat, compte tenu de ses vœux exprimés », mais il faut savoir que cette formule concerne aussi bien les candidats n'ayant pas entré de vœu que ceux n'en n'ayant pas entré d'accessible.

Une étape importante de cette phase est l'entrée des validations du deuxième cycle, qui intervient à la fin de la procédure de simulation, et qui tend à modifier les résultats selon les subdivisions.

[10] En 2005, 26 des étudiants affectés n'ont pas participé à la procédure de simulation.

Taux d'étudiants classés après 3000, avant et après les invalidations, au regard du taux d'invalidation

Subdivision	% d'étudiants classés au delà du 3 000ème rang		% d'invalidations
	Avant	Après	
AIX - MARSEILLE	19	17	6
AMIENS	35	31	11
ANGERS	24	20	5
BESANÇON	36	28	11
BORDEAUX	41	33	16
BREST	37	35	5
CAEN	36	31	10
CLERMONT-FERRAND	37	33	9
DIJON	25	22	6
GRENOBLE	21	17	6
LILLE	29	25	7
LIMOGES	49	42	11
LYON	28	25	7
MONTPELLIER	32	26	9
NANCY	43	37	11
NANTES	34	29	9
NICE	22	16	7
PARIS - IDF	25	20	10
POITIERS	44	37	14
REIMS	30	26	4
RENNES	20	19	1
ROUEN	26	17	12
SAINT ÉTIENNE	35	31	8
STRASBOURG	51	47	15
TOULOUSE	22	22	3
TOURS	23	16	9
ENSEMBLE	30	25	9

Ainsi, les données des ECN 2005 enregistrent des variations de taux d'invalidation importantes, entre 1 % (à Rennes) et 16 % (à Bordeaux), avec une moyenne de 9 %. On peut alors distinguer deux ensembles de comportements face à ce système.

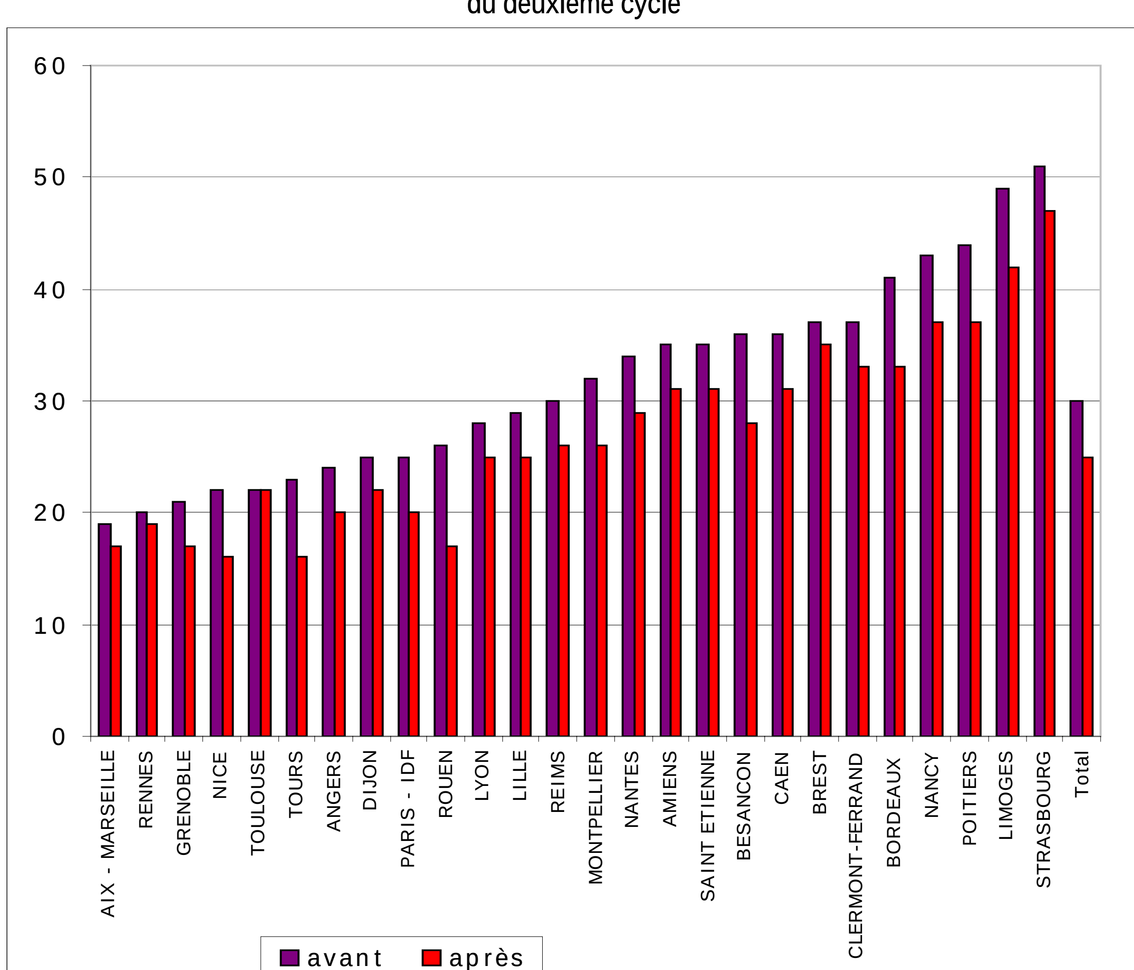
Le premier consiste à interdire les invalidations volontaires. Le taux de redoublants correspond alors aux redoublants réels, qui n'ont pas obtenu la moyenne aux examens ou ont raté réellement un stage. C'est le cas à Toulouse, par exemple. La version allégée de cette stratégie consiste à ne pas encourager les étudiants à invalider, sans les en empêcher totalement. C'est par exemple le cas à Nantes où les étudiants moyennement classés sont fortement incités à accepter leur classement.

Un second type de comportement est plus opportuniste et consiste en fait à ouvrir les invalidations en fonction du taux de réussite des étudiants d'une part et des règles de flux internes d'autre part. On constate que les villes où le nombre d'étudiants ayant invalidé leur DCEM est le plus élevé sont aussi celles où le taux de réussite est assez bas. Mais aussi on y trouve une ville comme Bordeaux où les possibilités pour les étudiants de rester dans leur

ville d’origine sont plus faibles qu’ailleurs, comme nous l’expliquerons plus loin. On constate que ce sont surtout des grandes villes qui ont un taux d’invalidation supérieur à la moyenne, ce qui constitue aussi un indicateur de comportement face aux choix de spécialité.

Le graphe ci-dessous reprend les données du tableau et permet de visualiser l’effet des invalidations sur les taux de réussite. Les villes sont ici classées en fonction de leur taux de réussite avant l’invalidation.

Évolution du taux d’étudiants classés au-delà du rang 3000 après la procédure de validation du deuxième cycle



On constate que la procédure d’invalidation modifie en partie l’ordre des classements. Ainsi, lorsque les taux de réussite sont plutôt bas, cette procédure ne permet pas d’inverser les tendances lourdes. Comme on le voyait sur le tableau, si les résultats semblent s’améliorer pour tous, l’écart à la moyenne reste quasiment le même pour les villes au final. Les différences jouent surtout pour les villes ayant un taux de réussite plutôt élevé au départ.

Tous les étudiants ayant invalidé leur année seront automatiquement inscrits l’année prochaine pour les ECN. Ils ont droit à une seconde invalidation, mais nous n’avons pas rencontré d’étudiants qui avaient annulé deux fois leur DCEM. En outre, certains d’entre eux nous ont dit avoir appris après qu’ils pouvaient faire invalider leur année. Car ce qui paraît courant et largement répandu pour certains et dans certains endroits, peut être une pratique

marginale et plus ou moins confidentielle dans d'autres. Quand on mesure les écarts existant dans les formes souterraines d'accès aux informations et leur impact sur les trajectoires individuelles, on pourrait penser qu'elles sont compensées par une règle « officielle » commune. Or ce n'est visiblement pas le cas, puisque le site officiel des préchoix prévoit ces invalidations de complaisance en les inscrivant dans la procédure.

Il n'est pas certain, au regard des témoignages que nous avons recueillis, que ces possibilités d'invalidation servent réellement les étudiants, qui gagneraient sans doute plus à une meilleure préparation. Ces redoublements ont un coût individuel, familial et collectif, financier autant que symbolique, et l'on pourrait se demander si ce coût ne pourrait pas être mieux affecté à une amélioration du cursus existant. Ces stratégies apparaissent surtout comme des mécanismes institutionnels fondés sur la concurrence, au détriment de la coopération, l'objectif de classement devenant le premier enjeu pédagogique.

I.C. L'amphi de garnison : le théâtre du choix

Lors des choix des ECN 2004, l'amphi de garnison s'était déroulé dans le centre de Paris, dans un amphi de faculté de médecine. Sous-traitée par une société privée, la procédure avait néanmoins lieu dans un endroit familier aux étudiants et facilement accessible. Ce ne fut pas le cas pour les choix des ECN 2005, qui se sont déroulés à Lognes, commune appartenant à Marne-La-Vallée, dans un lieu privé organisant ce type de manifestation (en particulier des examens), nommé CENTREX. Si cet emplacement est facilement accessible via le RER, il est évident qu'il rallonge les temps de trajets pour tous les étudiants, en particulier ceux venant de province. En outre, l'hôtellerie environnante nous est apparue plutôt onéreuse, ce qui a conduit les étudiants à être hébergés dans d'autres endroits.

Cet éloignement et ces difficultés n'ont pas découragé ces futurs médecins, qui sont venus en masse choisir leur place en troisième cycle[11]. Et même si un nombre non négligeable d'entre eux savait qu'ils choisiraient un poste correspondant à leur choix informatique, ils étaient présents, autant que possible. Les premiers jours, en particulier, étaient marqués par une forte présence des étudiants. Ceux-ci ont âprement défendu cette procédure, menacée de disparition l'année dernière, et cette participation massive fut aussi, pour eux, l'occasion de témoigner leur attachement à ce grand rassemblement. Pourtant, ils étaient déçus et souvent amers : le lieu n'est pas convivial, il est difficile d'accès, la visibilité dans l'amphi est mauvaise, il n'y a pas assez de places, etc. Si le degré de satisfaction des participants est souvent largement tributaire de leur rang de classement et de leurs possibilités de choix, il n'en reste pas moins vrai que la procédure semblait, cette année, plus lourde et plus tendue que l'année précédente[12]. La façon dont les étudiants ont eu le sentiment d'avoir été traités lors de cette procédure, qui était difficile d'accès pour une bonne partie d'entre eux, et se déroulait dans des conditions peu chaleureuses, tend à conforter un certain nombre d'entre eux dans leur position de « victimes » d'un système destiné à les broyer. Paradoxalement, plus les conditions du choix direct seront difficiles, plus on peut supposer que les étudiants seront présents, arguant là que la forme de cette procédure témoigne du manque de confiance qu'ils doivent avoir dans les institutions qui les gèrent.

[11] En cas d'absence à l'amphi de garnison, les étudiants sont affectés selon leurs vœux réalisés sur Céline.
[12] De ce que nous en avons pu voir lors de quelques observations réalisées dans l'amphi de garnison 2004.

Nombreux sont les étudiants qui auraient aimé une ambiance un peu plus solennelle pour cette procédure. Pour eux, c'est souvent un moment important, ils ont mal dormi les nuits précédentes, ils en ont souvent rêvé et cette minute sera unique dans leur vie. Il se joue là une véritable pièce de théâtre dont nous allons tenter de cerner le décor, le public et les acteurs, trois éléments indispensables à cette mise en scène de l'avenir du corps médical.

I.C.1. Le décor

L'amphi est une grande salle rectangulaire comprenant des sièges séparés par une allée centrale. De chaque côté, deux allées longent les murs. L'entrée se fait par le fond, où se trouvent un espace libre de sièges et un écran plus petit que celui qui s'affiche au-devant de la salle, entre les deux pôles d'enregistrement (voir le plan de l'amphi en annexe 2). Ces écrans affichent les postes restant par filière et par région. À la demande des étudiants, le détail des postes dans chaque subdivision peut être affiché à tout moment. Les étudiants sont invités à s'avancer par l'allée latérale gauche avant l'appel de leur nom et à se présenter aux représentants du ministère, avec leur convocation et leur pièce d'identité. Ces papiers sont vérifiés et ils annoncent alors leur choix, qui est répercuté au micro. Celui-ci annonce dans l'ordre : la filière et la ville. Lorsqu'un choix est donné, on voit la manipulation se faire en direct : le nom de l'étudiant apparaît en haut, et le curseur pointe sur la case correspondant à l'intersection entre la filière et l'interrégion. Un petit écran s'affiche alors en surimpression qui détaille les villes de cette interrégion. Celle qui est choisie est sélectionnée, puis le choix est validé. Seul un des deux ordinateurs est connecté à l'écran, mais les deux font la même manipulation sans lien l'un avec l'autre. Lorsque celle-ci est terminée, les deux opérateurs lancent l'impression qui arrive sur la même imprimante, en deux exemplaires. Il s'agit des feuilles d'affectation. La personne qui est en bout de table accueille alors l'étudiant et vérifie avec lui l'information portée sur les deux feuilles. L'étudiant les signe et repart avec un exemplaire, l'autre est gardé sur place. Cette procédure de double saisie doit permettre d'éviter les erreurs de saisie et les contestations à suivre. Globalement, elle s'est avérée très efficace.

Le premier jour, les conditions d'accueil étaient très mauvaises et la journée fut tendue. En fait, il s'est avéré qu'il y avait plus de 500 étudiants dans la salle, puisqu'il faut rajouter les accompagnateurs (conjoints, amis, frères et sœurs, et même parents), mais aussi d'autres étudiants qui choisissent durant les jours suivants et qui veulent assister en direct à l'événement afin d'interroger les étudiants qui choisiront la même chose qu'eux, et les représentants de l'ANEMF[13] qui se sont organisés pour saisir les choix en direct et les mettre sur leur site. Lorsque nous sommes arrivés, à 8 heures 45, les étudiants étaient tous là, alors que les 300 premiers étaient convoqués le matin et les 200 suivants seulement l'après-midi[14]. Arriver rapidement dans l'amphi, c'est surtout se donner les moyens d'avoir une bonne place. Ainsi, certains étudiants choisissant dans la journée n'ont pas pu avoir de place assise alors que les premiers rangs étaient occupés par un grand nombre d'étudiants choisissant les jours suivants. Cette précipitation s'explique dans la mesure où les places les plus proches des bureaux de saisie étaient aussi celles d'où il devenait possible d'interroger les étudiants juste après leur choix, pour leur faire préciser leur sous-spécialité. En fait, en début de procédure, des étudiants marseillais ont insisté pour que les choix de sous-spécialité soient annoncés au

[13] Association nationale des étudiants en médecine de France.

[14] Pour la « petite histoire », l'appariteur nous a confié que le premier étudiant à rentrer et qui lui a tendu sa convocation, était dans les derniers à choisir de la journée.

micro, de façon à ce que tous les entendent. Cette procédure n'était pas prévue, mais elle fut acceptée et il devenait difficile ensuite de revenir dessus…

Il règne dans cet amphi, le premier jour, une ambiance à la fois gaie et tendue. En arrivant, certains ont des réflexions dramatiques qui montrent l'état d'esprit dans lequel ils se trouvent et qui tranche avec leur rang de classement, qui devrait leur permettre d'être plutôt détendus. À la sortie de l'amphi deux stands sont dressés, « emblématiques » : l'un est celui de l'ISNAR[15], syndicat des internes en médecine générale, et l'autre pour des assurances. Le syndicat était le seul présent, et son but était ouvertement prosélyte, autant qu'informatif.

I.C.2. Le public

Si les choix sont ceux des étudiants à titre individuel, ils ne sont jamais seuls et le public fait souvent le spectacle. Au fur et à mesure de la première journée, puis des journées suivantes, les réactions de la salle se font plus discrètes. Mais celle-ci est restée toujours vivante. L'étudiant qui vient faire son choix est attendu par les autres, qui restent attentifs à ce qui se passe, surtout tant qu'il reste des places de spécialités. Et ces étudiants se manifestent, mais de façon contradictoire. D'abord en privé, entre eux, par petits groupes ou seuls. Les réflexions ne manquent pas, ironiques, agressives, découragées, heureuses etc. La salle aussi se manifeste et les étudiants qui choisissent attendent sa réaction : certains sont manifestement déçus de ne pas avoir provoqué de réaction, d'autres sont surpris.

Pour la première, c'est la gloire. D'ailleurs, appelée juste après que les organisateurs aient expliqué aux étudiants quel circuit ils devaient prendre, elle n'en fait rien et prend son propre chemin. Assise au beau milieu de la salle, elle se lève à l'appel de son nom et se dirige vers l'allée centrale sous une salve d'applaudissements nourris. Elle est hilare, prend son temps pour descendre l'allée et se tourne alors vers la salle en levant les bras au bout desquels se dressent deux V . Les appareils photo crépitent, elle prend son temps… et la pause. Plus tard, elle sera interviewée : elle est devenue une sorte de Miss Médecine de l'année.

Les suivants sont aussi applaudis, jusqu'à ce que le quatrième annonce son choix de sous-spécialité : chirurgie plastique. C'est alors les sifflements qui prennent la place des applaudissements, mais ce Parisien reste bien content de lui et ne se laisse pas impressionné, il est hilare en regardant la salle qui « le condamne » et savoure en toute tranquillité cette petite provocation.

Petit à petit, les applaudissements se sont faits moins bruyants, les manifestations nous sont apparues plus complexes et nous avons tenté de comprendre ce qui se jouait à travers cette expression collective. À l'oreille, rien ne distingue le premier à choisir l'anesthésie réanimation (15ème au classement) de la première à prendre la médecine générale (92ème). Les applaudissements sont nourris, pas de sifflets largement réprobateurs comme pour le futur plasticien. Pourtant, la différence se lit sur le visage des intéressés. Le premier anesthésiste est content, il est même fier d'être l'objet d'une réaction qu'il prend comme une récompense. La généraliste est sérieuse, elle ne regarde pas la salle, elle est concentrée sur ce qu'elle fait et n'ira parler avec personne. Elle sait que si certains de ces applaudissements sont admiratifs,

[15] Inter syndicale nationale autonome des résidents.

d’autres sont totalement ironiques et visent à ridiculiser son choix. Alors, que comprendre de ces manifestations ?

On peut tenter de dresser une liste, sûrement pas exhaustive, de ce qui peut pousser un étudiant, ou un groupe d’étudiants (ces manifestations-là ne sont pas isolées) à applaudir un candidat déclarant ses vœux :

- Le soutien à l’un des leurs : le premier de sa propre faculté, le copain ou la copine, le membre d’une sous-colle etc. qui choisit est applaudi par ses proches. La plus applaudie de tous est la première : elle est chef de file du groupe en entier, celle que tous ne peuvent qu’admirer et ovationner. Dès le deuxième, les applaudissements sont moins fournis et très vite, ils deviennent des applaudissements de ville, puis de groupes. La seule unanimité était donc pour la première, qui les représentait tous.
- L’hommage à la première place : premier étudiant classé de la faculté, premier étudiant à choisir une filière, premier étudiant à être affecté dans cette ville, premier étudiant à annoncer une sous-spécialité etc. dès qu’un étudiant est « premier » de quelque chose, il déclenche des applaudissements, plus ou moins fournis il est vrai selon le prestige accordé à cette « première » place. Il ne semble pas, par exemple, que la première « gynéco médicale » ait été applaudie, alors que la première étudiante à choisir « médecine du travail » (classée au 418ème rang) l’a été (il faut dire que c’était le premier jour et assez surprenant). De même, la première étudiante à choisir gynécologie obstétrique (vient de Grenoble et va à Lyon) n’a pas été applaudie, alors que c’était le premier jour et qu’elle était 43ème. Il y a visiblement, dans cette assemblée composée d’une écrasante majorité de filles, un problème avec les filières « pour les femmes ». La première pédiatre a quand même été applaudie, mais pas de façon très franche non plus.
- Une variante est l’hommage à la dernière place et l’on voit bien ici opérer l’effet de procédure : celui qui vide une case est applaudi. Si ce choix peut paraître peu glorieux, il faut le resituer dans son contexte : en ôtant la possibilité de le prendre aux suivants, il lui redonne de la valeur.
- Le soulagement : on souhaite évidemment que celui qui choisit ne prenne pas la même chose que ce que l’on convoite et tout individu qui ne devient plus « dangereux » est susceptible d’être ainsi remercié. Cela explique aussi pourquoi les choix de filière monodisciplinaire (pédiatrie, gynécologie, psychiatrie etc.) étaient applaudis par un maximum d’étudiants, puisque, dans tous les cas, un grand nombre d’entre eux était soulagé. C’est évidemment toute l’ambivalence des choix de médecine générale et des réactions qui s’en suivent, puisque ceux qui, le premier jour, ont choisi cette filière, se sont mis en dehors de la course aux spécialités.
- L’expression de valeurs personnelles : ainsi des étudiantes expliquent qu’elles applaudissent systématiquement tous ceux qui choisissent de la « vraie » médecine (donc, pas radiologie ni cardiologie par exemple). C’est alors une forme de manifestation un peu contestataire dans la mesure où cela vise aussi à s’opposer aux choix les plus prisés et à se placer sur le registre d’un combat vécu comme centré sur des questions d’éthique.
- Il y a aussi l’applaudissement hypocrite, celui qui est sous-entendu par l’idée que l’étudiant est un idiot pour faire un tel choix, qui paraît bien incompréhensible au regard des valeurs véhiculées par le groupe.

Il est évident que ceux qui sont venus nombreux d'une même ville et d'une même promotion ont eu droit à plus d'hommages que d'autres, plus isolés, même si leurs choix étaient plus distinctifs. Ce qui reste intéressant dans cette observation, c'est que les réactions de la salle ne s'adressaient plus à celui ou celle que l'on connaît, mais à ce qu'il ou elle représentait dans son choix, par rapport à son classement. Et ces manifestations sont visibles, extérieures, elles affirment des hiérarchies dominantes qui s'expriment sans retenue à ce moment-là. On est loin de l'idée que tous les exercices de la médecine se valent, que c'est une histoire personnelle, une « vocation ». Là, les réflexions vont bon train : « c'est pour l'ISF » dit un étudiant devant les futurs chirurgiens, « oui c'est ça, casse-toi ! » dit un autre devant un choix de médecine générale. Si la première à choisir de la gynécologie médicale ne suscite aucune réaction, le premier à demander la médecine interne est largement applaudi. Un rapide sondage de la salle explique cela par le fait que la médecine interne est considérée comme la médecine des meilleurs et celui qui choisit cela non seulement est forcément bon, mais il choisit la difficulté, donc il est courageux et méritant.

Les discussions que nous avons eues avec les étudiants dans la salle sont en accord avec les manifestations de celle-ci. Aucune surprise pour les présents, ce qui se montre à ce moment-là, c'est le rapport dominant aux spécialités médicales et chirurgicales. Alors, nombreux sont ceux qui disent leur difficulté à avoir annoncé leur choix dans les services où ils travaillent, voire auprès de leurs proches, dès lors qu'il rompait avec les hiérarchies « évidentes ». Une étudiante parisienne parle de sa difficulté à affirmer sa volonté de faire de la psychiatrie alors qu'elle avait tous les autres choix à sa portée. Elle parle d'une amie qui a dû s'éloigner de tous ses camarades parce qu'elle avait fait une grave dépression à la suite de son annonce de faire de la médecine générale. Certains vont jusqu'à parler de harcèlement moral dans certains services et les mieux classés qui choisissent cette spécialité se sont visiblement préparés à l'épreuve qu'ils subissent avec cet amphi de garnison. Scènes curieuses de ces étudiants qui choisissent « positivement » une spécialité déclassée et qui se voient ainsi voler la récompense de leur succès. Alors que les autres sont victorieux, ils apparaissent encore en combattants.

I.C.3. Les acteurs

Environ trois mille étudiants ont défilé durant plusieurs jours dans cet amphi de garnison, représentants des étudiants en médecine d'aujourd'hui ; figures des médecins de demain. Pour eux, c'était un moment unique, pour nous et le personnel qui recevait leurs vœux, ce pouvait n'être qu'un étudiant parmi d'autres. Pourtant, on sentait, à chaque choix, l'extrême émotion qui accompagnait leur démarche et il était impossible d'être indifférents à ce qui se produisait à ce moment-là. Si la procédure leur paraissait peu chaleureuse et l'endroit hostile, l'accueil qui leur était réservé fut, tout au long de ces journées, attentif à chacun, rendant un peu d'humanité à la procédure.

On peut dresser une catégorisation des étudiants au moment du choix qui permet de mesurer l'étendue des situations rencontrées.

Une première catégorie est représentée par *les heureux*. Ils sont quand même nombreux ceux-là, même s'ils n'ont pas le choix de leurs rêves, ils ont eu le temps de s'y faire et puis, surtout, c'est fini, maintenant c'est une nouvelle période qui commence.

À l'opposé, on trouve *les mécontents*. Évidemment il y a ceux qui sont fortement déçus et qui décident à contre cœur, mais pour certains, il n'est pas toujours facile de comprendre (et même d'imaginer) ce qui les contrarie. On verra plus loin que ce peut être un déclassement lié à un compromis conjugal, mais ce peut être aussi une forte incertitude liée parfois aux informations plus ou moins contradictoires circulant sur les flux. Parfois, c'est plus compliqué encore…

Cette étudiante arrive en retard, en pleurant. On a appelé trois fois son nom avant qu'elle ne s'approche. Elle se trompe de côté, revient par le milieu, c'est un vrai « chemin de croix », pour elle. Elle paraît totalement égarée, ne voit plus rien. Ses dernières simulations l'affectaient en médecine générale à Paris mais en arrivant elle dit d'un air désespéré : « *il reste encore plein de SM à Paris !* ». C'est donc le fait de se trouver en face de ce choix qui la perturbe le plus. On lui explique qu'elle pourra toujours changer l'année suivante avec son droit au remords mais visiblement, elle est très perturbée et, toujours en pleurs, elle annonce « *spécialités médicales à Paris* ». Évidemment, elle ne donne pas de sous-spécialité et, en prime, se fait huer par les premiers rangs… À la lecture de ses vœux, il apparaît qu'elle avait bien placé spécialités médicales (SM) à Paris en premier, mais immédiatement suivi de médecine générale (MG) puis de gynécologie médicale, toujours sur Paris. Ses choix suivants étaient SM et MG à Tours. Cette étudiante, qui savait pourtant qu'elle pourrait faire des SM dans de nombreuses facultés de province avec son rang de classement, n'y tenait visiblement pas tant que cela et, surtout, elle ne sait vraiment pas quoi faire. On peut faire l'hypothèse qu'elle n'est pas attirée par une spécialité médicale et que la médecine générale lui plaisait bien, mais que l'ambiance dans laquelle elle se trouvait l'obligeait quasiment à prendre ce choix, à partir du moment où il devenait possible.

Une partie des étudiants, au contraire, peut être considérée comme *des décidés*. Ils sont contents mais pas seulement. Visiblement, ce qu'ils vont choisir là, c'est ce qu'ils veulent faire et ils l'annoncent en général clairement. Leur mode d'expression tranche sur les autres, ils arrivent en disant : « *je veux faire de la pédiatrie à Toulouse* » ou « *je veux être chirurgien à Marseille* », ou encore « *moi, c'est cardiologue* ». Souvent, ils annoncent leur choix avant même que leur nom soit appelé, parfois ils n'ont même pas donné leur papier d'identité. Ces quelques mots, ils ont dû se les répéter maintes et maintes fois et, au moment de les dire, ils le font avec précipitation et enthousiasme.

À l'opposé, on trouve *les hésitants*. Ceux-là relèvent de plusieurs catégories : il y a ceux qui ne savent pas quelle filière prendre, mais ils sont finalement assez rares, à ce stade des choix. Le plus souvent, l'hésitation porte sur l'articulation entre un lieu et une filière, compte tenu d'informations dont ils pouvaient ne pas disposer la veille, comme les sous-spécialités choisies par les précédents ou les rumeurs circulant sur les villes concernées. Il est assez clair que, parmi ceux qui ont tous les choix ou presque, le problème de l'hésitation est moins fort, non qu'ils sachent très clairement ce qu'ils veulent faire, c'est loin d'être évident et nous y reviendrons, mais ils peuvent toujours choisir une filière à multiples options (spécialités médicales ou chirurgicales) et ils peuvent aussi compter sur un droit au remords qui leur laisse encore d'autres possibilités.

Cette Nancéenne était affectée lors des simulations en spécialités chirurgicales dans sa ville d'origine. On l'appelle et elle arrive très lentement, demande à retarder son choix le temps d'un coup de fil (qu'elle essaie de passer depuis un moment). Elle veut appeler, semble-t-il, un service hospitalier pour savoir si il y aura une place dans une sous-spécialité. Elle voulait le poste d'ophtalmologie à Poitiers qui vient d'être pris juste avant elle, elle veut téléphoner pour savoir si il y aura un deuxième poste. Elle n'arrive pas à joindre le service, tremble comme une feuille, recommence, là les autorités menacent de prendre son préchoix, elle fait durer et se fait huer par la salle. Elle se tourne vers un copain et lui demande conseil :« c'est toute ma vie » lui dit-elle. Elle demande d'appeler le numéro 516, celle qui a pris ophtalmologie à Poitiers, mais la 516 est partie. Finalement elle choisit spécialités chirurgicales à Poitiers (applaudissements nourris de la salle) et va vers la table où elle doit signer. Là encore elle attend et essaie de nouveau d'obtenir le service en vain. Elle part avec ses papiers signés.

Dans un autre ordre d'idée, on trouve des étudiants qui se distinguent par leurs signes d'intégration ou de solitude. Les « intégrés » font du bruit, leurs camarades s'en occupent. Ils sont applaudis, quel que soit leur choix, chahutés avant et pendant, et se permettent des traits d'humour : « golf » dit l'un d'eux à la demande de la sous-spécialité. D'autres étudiants sont plus isolés. Dans la salle, ils sont seuls ou en petit groupe. Personne ne réagit à leur choix, ils sont concentrés dessus, c'est une affaire plus personnelle, moins une mise en scène qu'un tournant décisif dans leur vie. En général, ces étudiants ne prennent pas les spécialités les plus « à la mode » ou les plus rémunératrices, parfois même ils font des « contre choix ». Ils sont alors concentrés sur ce qui se passe pour eux, et on voit certains quasiment devenir sourds et aveugles à ce qui se passe autour, comme pour ne pas laisser des interférences extérieures perturber une démarche qu'ils vivent sur un mode plus intime.

La procédure de choix en amphi de garnison est importante, et ce pour tous les étudiants, qu'ils soient sûrs ou non de leur décision, dans les normes ou déviants, qu'ils soient heureux ou désespérés. Tous ne le disent pas comme cela, évidemment, mais leur présence témoigne bien de l'importance qu'ils y accordent, même s'ils ne la vivent pas sur un mode collectif. Ces trois réflexions glanées au cours de la procédure témoignent bien de cette variété d'engagement qui les saisit pourtant tous, à ce moment précis :

« Ils ne se rendent pas compte au ministère. C'est une journée de concours. C'est déjà un concours injuste, s'il n'y a pas quelque chose qui rattrape ensuite, c'est inhumain. Vous vous rendez compte, c'est le résultat de neuf heures d'épreuves sur un travail de deux ans. Qu'est-ce que ça peut bien signifier ? Au moins, on se sent libre ici de choisir quelque chose. C'est la seule liberté qu'on a depuis le début de nos études ».
« L'amphi c'est important. C'est plus humain que d'envoyer un courrier comme ils faisaient avant. Vous attendez la réponse à la maison, sans rien faire. C'est le hasard. C'est mieux ici, on peut choisir vraiment. »
« L'internat c'était long, c'était difficile. Et tout ça, tout ce travail pour en arriver là, à stresser comme des malades à même pas pouvoir choisir ! »

I.D. Les grandes tendances des ECN 2005

Sans entrer dans les détails des résultats des ECN 2005, qui sont exploités par ailleurs[16], nous présenterons ici deux aspects des choix exprimés lors de l'amphi de garnison qui apportent quelques variations par rapport à l'année passée. La première concerne la chirurgie. Car ce n'est pas un moindre paradoxe que les annonces de « dévalorisation » de la chirurgie, qui ont conduit les pouvoirs publics à augmenter le nombre de postes dans ces spécialités a aboutit, et très logiquement à une hausse des rangs limites dans cette filière dont la « dévalorisation » risque encore plus d'être dénoncée… Par ailleurs, les procédures de

[16] Anne BILLAUT, « Les résultats d'affectations en troisième cycle des études médicales en 2005 suite aux épreuves classantes nationales », Études et Résultats, DREES n° 474, mars 2006.

préchoix ainsi que l'annonce des sous-spécialités convoitées lors de l'amphi de garnison ont permis d'élaborer une carte des DES les plus convoités et mettent en évidence la prédominance de la cardiologie, très nettement « gagnante » chez tous les étudiants.

I.D.1. La chirurgie en baisse ?

On parle souvent de chirurgie peu attractive et l'année 2005 ne fut pas exempte de manifestations de plaintes allant dans ce sens. Dans la pratique, rappelons-le, la chirurgie n'a jamais souffert de postes vacants, même si les professionnels estiment que le nombre de places à l'internat est, depuis de nombreuses années, insuffisant. Il faut également rappeler que le principe de la globalisation des spécialités chirurgicales ne permet pas d'estimer les règles de répartition des étudiants au sein des différentes sous-disciplines. En l'absence de régulation on peut en effet supposer que certaines sous-spécialités sont beaucoup plus pourvues que d'autres, mais cela relève exclusivement d'une régulation infra-professionnelle. Cette année, nous avons vu se cumuler deux phénomènes qui pourraient bien contribuer à ce que la « mauvaise réputation » de la chirurgie se trouve confirmée.

Le premier est l'inégalité des réussites entre les filles et les garçons. Cette répartition, pour la première fois, inégale, a nécessairement eu un impact sur les rangs de choix des spécialités les plus masculines, en l'occurrence les spécialités chirurgicales. Les spécialités médicales sont en effet parties plus vite que l'année précédente et les rangs limites pour les spécialités chirurgicales se sont trouvés décalés vers le bas[17].

Évolution du nombre de postes offerts aux ECN par discipline

	2004		2005		Évolution du nombre
	Nombre	%	Nombre	%	2004/05
Spécialités médicales	760	19,1	760	17,0	100
Anesthésie réanimation	243	6,1	243	5,4	100
Pédiatrie	196	4,9	196	4,4	100
Gynécologie médicale	16	0,4	20	0,4	125
Médecine du travail	61	1,5	56	1,3	91,8
Santé publique	75	1,9	70	1,6	93,33
Spécialités chirurgicales	380	9,5	550	12,3	144,7
Gynécologie obstétrique	158	4,0	150	3,4	94,94
Biologie médicale	58	1,5	58	1,3	100
Psychiatrie	200	5,0	300	6,7	150
Total Internat spécialisé	2 147	53,9	2 403	53,7	111,9
Internat Médecine Générale	1 841	46,2	2400	53,7	130,4
Total postes ouverts	3 988	100,1	4 803	107,4	120,4
nombre d'inscrits	3 986	100,0	4 472	100,0	112,2

Le deuxième phénomène est lié à la disparité des places offertes. Comme le montre le tableau ci-dessus, le nombre de places en chirurgie a été considérablement augmenté pour l'année 2005, tout comme celui en psychiatrie. Ceci s'est opéré en partie sur le compte des

[17] Lorsque l'on compare les choix des 1000 premiers sur les deux années, on constate que la chirurgie n'a pas baisé d'attractivité, bien au contraire, elle a été plus choisie en 2004 qu'en 2005 par les meilleurs, hommes et femmes confondus. Voir Anne Billaut, « Les affectations en troisième cycle des études médicales en 2005 suite aux épreuves classantes nationales », Études et Résultats, DREES, n° 474, mars 2006, p. 4

spécialités médicales, mais surtout sur celui de la médecine générale. En effet, bien que leur nombre ait été augmenté de façon très importante, sans doute pour permettre à un plus grand nombre d'étudiants de faire leur médecine générale dans leur ville d'origine, ces postes furent ceux qui n'ont pas été pourvus au final : alors qu'il y avait 53,7 % des postes réservés à la médecine générale, 37 % des internes de la promotion 2005 sont dans cette discipline[18].

Les observations que nous avons pu faire sur le choix de la chirurgie doivent alors tenir compte de ce phénomène. Avec une augmentation de près de 45 % du nombre de postes et une prédominance des filles dans les premiers rangs, il n'est pas étonnant que les spécialités médicales (dont le nombre était constant mais le poids relatif en baisse) soient parties plus vite que l'année dernière, et que les spécialités chirurgicales aient été beaucoup moins choisies. Du coup, certains étudiants se sont trouvés dans des situations inédites, comme cette étudiante qui a repassé les ECN après une première tentative l'année passée, qui a été moins bien classée qu'en 2004 et qui, pourtant peut, *in extremis*, réaliser son rêve : devenir chirurgienne.

A priori très mal classée, Olivia n'en finit pas de se raconter. Rendez-vous compte : elle sera chirurgienne, voilà qui était inespéré pour cette Niçoise (ayant passé sa dernière année à Reims), fille d'un quincaillier serrurier propriétaire de sa boutique et d'une infirmière scolaire en lycée. Depuis 2 ans, elle espérait pourvoir faire de la chirurgie son métier, plus précisément en orthopédie. L'an passé, elle avait été trop mal classée (mais mieux que cette année) pour atteindre son objectif. Elle s'en était alors remise à la pédiatrie à Reims. Avec le recul, elle estime qu'il s'agissait d'une véritable erreur stratégique. Le DHOS avait essayé de lui rendre sa sérénité en lui proposant de tabler sur une orientation en chirurgie pédiatrique via la pédiatrie, tandis que le coordinateur local l'avait accueillie par un cinglant « *non mais vous rigolez* ? ». D'une part, elle avait détesté la région, ses CHU, ses CHG et même la discipline où elle s'était trouvée confrontée à des « *parents capricieux qui font sortir leur enfant contre avis médical. Moi, j'aime bien contrôler. Quand c'est moi qui opère, c'est moi qui choisis !* » On sent déjà chez cette jeune fille, des dispositions bien constituées au commandement et à la prise de décision. Consciente d'avoir du caractère, elle l'attribue à son origine sicilienne. Elle ne voudrait pas que l'on croie qu'elle est toujours aussi médiocre dans ses résultats. Aussi nous instruit-elle de son brillant parcours scolaire : « *Bac S, mention TB, puis première de la promo pendant les 3 premières années. J'étais forte au début* ». En fait elle a dû s'occuper de son frère qui souffre d'un retard mental et qui est maintenant placé dans un CAT de jardinerie.
Olivia est heureuse : « *J'ai fait 6 stages en chirurgie. Trois en orthopédie, deux en viscérale et un en chirurgie générale. Mais c'est surtout en orthopédie que j'ai adoré. On était dans un service très dynamique, à la pointe. On posait des prothèses de disque, c'est unique en France : on le faisait en s'ouvrant un passage par les voies latérales. On n'arrêtait pas de publier des articles. C'était du travail en groupe, vraiment avec une très bonne ambiance. Pour moi, la chirurgie, c'est l'aventure. Des fois, on a des soucis, il y a des rebondissements. Moi, je vois mon métier comme une passion. Je préfère vraiment passer 11 heures sur un truc qui me plaît que 2 heures sur un truc qui ne me plaît pas. Sinon, c'est clair, j'aurais pris psy à Rouen. Je sais aussi qu'en chirurgie, les gens apprécient mieux le service médical rendu. Ça me donne vraiment le sentiment d'être utile. Par exemple, dans mon stage de viscérale, qui était génial aussi, on faisait beaucoup de cancers du colon. Bah, il y a tout un côté psychologie. Et ça c'est bien* ». Il apparaît en tout cas qu'elle est dotée d'un haut niveau de conformité aux attentes du rôle. Jusque dans sa relation de couple : son petit ami, lui-même interne en chirurgie, a cessé de lui téléphoner dès qu'il a été averti de son rang de classement. Pour ce qui est de sa future destination, elle craint un peu le dépaysement, l'éloignement au travers de ce qu'elle appelle : « *les problèmes des Antilles* » ; parmi lesquels elle range aussi la difficulté de faire des DU à cause de la distance de Paris. Généralisant sa propre expérience, elle trouve que tout cet amphi « *se joue dans un mouchoir de poche* » et ajoute « *que ce n'est pas éthique du tout* ».

[18] Et l'on sait en outre qu'une partie d'entre eux seront à nouveau candidats l'année prochaine, et feront donc partie des inscrits à partir desquels les quotas de spécialistes seront à nouveau décidés. On peut donc estimer qu'environ un tiers de la promotion 2005 exercera la médecine générale.

I.D.2. La cardiologie : première toutes catégories

De toutes les sous-spécialités demandées, la première est, sans aucune équivoque, la cardiologie. Sur 1 296 étudiants se prononçant lors de la simulation officieuse sur leur sous-spécialité (donc choisissant les spécialités médicales ou chirurgicales), 126 choisissent la cardiologie, soit presque 10 %. Au moment des choix définitifs, sur les 937 qui se sont prononcés sur une sous-spécialité, 111 ont choisi la cardiologie en premier choix, soit près de 12 %.

Si l'on retient les sous-spécialités les plus recherchées, on constate que les dix premières se retrouvent à peu près dans les classements des deux procédures (coline et amphi de garnison). Mais certaines spécialités « remontent » entre les deux, en particulier chirurgicales, comme l'ORL et l'ophtalmologie, mais aussi la médecine interne, qui ne figure pas parmi les 10 premiers choix officieux. Il reste à savoir si le « classement » des sous-spécialités suit le classement des étudiants.

Nombre de choix relevés dans les 10 premières sous-spécialités recherchées lors du préchoix Coline et de l'amphi de garnison

Préchoix *Coline*	Nombre
Cardiologie (SM)[19]	126
Radiologie (SM)	96
Médecine interne (SM)	95
Ophtalmologie (SM)	90
Dermatologie (SM)	77
Endocrinologie (SM)	76
Gastrologie (SM)	74
Orthopédie (SC)	69
O.R.L. (SC)	67
Neurologie (SM)	56
Total 10 premières sous-spécialités recherchées	826

Choix amphi de garnison	Nombre
Cardiologie (SM)	111
O.R.L. (SC)	64
Ophtalmologie (SM)	60
Médecine interne (SM)	57
Neurologie (SM)	55
Radiologie (SM)	55
Orthopédie (SC)	53
Dermatologie (SM)	53
Gastrologie (SM)	49
Endocrinologie (SM)	47
Total 10 premières sous-spécialités recherchées	604

Si l'on tient compte essentiellement des choix des 1 000 premiers étudiants, on s'aperçoit que les spécialités ne reproduisent pas toutes de la même manière les hiérarchies de classement (cf tableau ci-dessous). Ce sont, à ce niveau, la radiologie et la dermatologie qui sont les plus systématiques, et elles correspondent d'ailleurs aux idées communément admises sur les choix de spécialité médicale. On pourrait alors penser que l'élitisme est moins important pour l'instant en cardiologie qu'en radiologie ou en dermatologie. Ces deux sous-spécialités « disparaissent » des dix « premières » choisies par la deuxième moitié des 1 000 premiers étudiants, au profit de la médecine interne en particulier.

On pourrait, évidemment, s'interroger sur cette prédominance d'une spécialité par rapport à une autre. Elle n'apparaît en effet pas spécifiquement sexuée, même s'il y a, toutes choses égales par ailleurs, plus d'hommes (55 %) que de femmes (45 %) à choisir la cardiologie. En fait, ce qui semble faire le succès de cette spécialité, c'est plutôt l'étendue des motivations de son choix. Parmi les étudiants que nous avons interrogés, on pouvait trouver des motivations

[19] SM : spécialité médicale ; SC : spécialité chirurgicale.

très diverses, allant du « confort de vie » à la « simplicité de l’exercice » en passant par la « noblesse », la « beauté » de l’organe ou la variété des modes d’exercice, de l’hôpital au libéral. Il semble ainsi que cette discipline arrive à rassembler des types de déterminants suffisamment divers pour ne pas s’adresser à un type d’étudiant trop précis. Les sentiments les plus divers peuvent aussi se côtoyer : tel étudiant va insister sur le « plus bel organe vital », tandis que l’autre indiquera que les pathologies cardiaques sont relativement limitées et qu’il est donc assez facile de se spécialiser sans trop avoir à en apprendre.

Répartition des choix de spécialités des 1 000 premiers classés selon le rang de classement

	1/250			250/500			500/750			750/1 000
Cardiologie	24		Cardiologie	19		Cardiologie	27		Cardiologie	19
Radiologie	18		Radiologie	15		Médecine interne	11		ORL	10
Dermatologie	18		Dermatologie	13		Gastro-entérologie	11		Médecine interne	8
Médecine interne	13		Médecine interne	12		Ophtalmologie	10		Endocrinologie	8
Ophtalmologie	12		ORL	11		Dermatologie	10		Pneumologie	8
Neurologie	12		Ophtalmologie	10		Endocrinologie	10		Ophtalmologie	7
Néphrologie	10		Néphrologie	9		Radiologie	9		Rhumatologie	7
ORL	7		Endocrinologie	8		Neurologie	7		Neurologie	6
Oncologie	7		Neurologie	7		Orthopédie	7		Orthopédie	6
Gastro-entérologie	6		Gastro-entérologie	7		Pneumologie	5		Néphrologie	6
Endocrinologie	6		Pneumologie	7		Rhumatologie	5		Hématologie	6
Pneumologie	6					Chirurgie plastique	5			

Lecture : parmi les étudiants classés dans les 250 premiers, 24 ont indiqué à l’amphi de garnison vouloir faire de la cardiologie.

Si l’on compare ainsi la cardiologie aux autres spécialités médicales recherchées, on va constater qu’elles sont plus clivantes en termes de profil. Ainsi, la dermatologie est un choix féminin pour neuf étudiants sur dix et, le plus souvent, c’est le mode d’exercice qui est mis en valeur parmi les arguments utilisés : pratique peu prenante, mais aussi alliance d’une médecine et de petits actes chirurgicaux, d’une clientèle variée, de pathologies très diverses, parfois très graves et parfois légères. Là où les dermatologues font preuve d’une appétence pour le contact direct du corps, via son organe tactile, les radiologues se distinguent par une mise à distance de ce dernier. Il s’agit (avec la radiothérapie) de la discipline médicale la plus masculine (6 choix sur 10) mais surtout, l’évitement de l’intervention corporelle est manifeste. Ces deux spécialités ainsi s’opposent en termes de publics et d’approche de la médecine, tandis que la cardiologie semble pouvoir rassembler des profils éventuellement proches de l’un et de l’autre, et c’est sans doute ce qui contribue à son succès.

Deuxième partie : Les déterminants du choix

On pourrait, à l'évidence, relever parmi les arguments des étudiants, toutes les justifications possibles, allant jusqu'aux contradictions les plus flagrantes. Il devient alors difficile de dire avec précision pourquoi tel étudiant va s'orienter vers telle filière, mais il est possible de dresser des ensembles de facteurs qui agissent simultanément dans la prise de décision. Il nous manque, à l'évidence, des éléments liés aux parcours personnels des étudiants : histoires de vie, influences familiales, situations conjugales etc. Cependant, ces questions ont souvent été abordées pendant les entretiens et nous avons choisi de les intégrer à notre analyse même si rien ne permet de penser que les étudiants en médecine procèdent, sur cette question, différemment des autres catégories professionnelles.

Nous avons choisi de porter notre attention sur trois types de facteurs déterminants dans ce contexte particulier. Les premiers sont liés à la procédure car il semble évident que celle-ci détermine très fortement les modalités du choix, et pas seulement par l'effet de classement. Les facteurs dits « privés » présentent, pour ces étudiants en médecine, certaines caractéristiques assez spécifiques sur lesquelles il est nécessaire d'apporter un éclairage. Enfin, ce que nous avons rassemblé sous le titre de « facteurs professionnels » est, paradoxalement, relativement peu spécifique à ce type de population. On y retrouve en effet un ensemble de représentations qui s'articulent le plus souvent à des considérations plus pragmatiques et souvent de court terme.

II.A. Les facteurs liés à la procédure

Les facteurs de la décision déterminés par la procédure, en dehors des règles formelles que nous avons déjà étudiées, nous sont apparus beaucoup plus complexes et opaques que les textes ne le laissaient prévoir. Le premier est le plus opaque et provoque des dépenses d'énergies énormes de la part des candidats : il s'agit de la grande question des « flux » pratiqués par les DRASS concernant les postes d'internes et l'accès aux différents DES. Le second facteur « procédural » est celui provoqué directement par le classement : celui-ci définit des places et ces places prennent une valeur propre, directement attachée à un rang. Enfin, il nous a semblé que l'amphi de garnison lui-même était susceptible de provoquer des comportements spécifiques qui, même s'ils ne modifiaient pas sensiblement l'ensemble des choix, contribuaient à introduire chacun dans son nouveau groupe d'appartenance et à signifier les valeurs dominantes du corps médical.

II.A.1. Villes de flux et villes « libres »

Qu'est-ce qu'une ville de flux ? Nous avons du mal à comprendre et si l'on se fie à ce qu'en disent les étudiants, nous ne sommes pas très fixés non plus. Nous avons reproduit en annexe 3 des extraits d'un forum internet d'étudiants consacré à cette question, qui illustre bien la confusion générale.

Néanmoins, on peut tenter de comprendre, non seulement les principes généraux selon lesquels s'appliquent ou non les flux, mais aussi les effets sur les choix des étudiants. Ainsi, nous procéderons par étapes, en centrant notre propos sur des cas de plus en plus spécifiques qui illustrent le mécanisme : les principes généraux, les conséquences sur les mobilités dans deux villes, le cas particulier des dermatologues bordelaises.

Pour situer le propos, nous tenterons de définir ce qui est considéré comme un « flux strict » ou comme un « non flux », selon les cas :

- Le flux strict : tous les ans, est ouvert un nombre fixe de places par spécialité, réservées aux étudiants issus des ECN de l'année. Par exemple, sur Bordeaux cette année, il y avait deux places en dermatologie pour les sortants des ECN 2005. Ceci signifie que les deux places seront attribuées aux étudiants les mieux classés. Dans ce contexte, les inscriptions en DES se font en fait très vite, puisque les premiers choix de stages sont décisifs, et le droit au remords difficile à réaliser dans la mesure où l'on peut difficilement faire modifier la maquette ou évincer un étudiant qui a commencé à faire les stages de la spécialité qu'il a choisie. Chaque changement provoque des réactions en chaîne qui rendent le système de plus en plus rigide et rend impossible les solutions de souplesse qui avaient été prévues au départ. L'exemple phare de la ville pratiquant des flux stricts est Bordeaux.
- L'absence de flux représente la situation totalement opposée. Par exemple, les internes en spécialités médicales choisissent leurs stages en fonction des spécialités qu'ils convoitent et, au bout de deux ans, s'inscrivent dans le DES de leur choix. On peut considérer que dans des grandes villes, cela peut laisser en effet une grande liberté, dans la mesure où le nombre de services mis au choix pour les stages est très important. Il est toujours possible, quitte à aller dans des hôpitaux moins prestigieux au départ, de préparer une maquette de stage qui permettrait la validation ultime du DES, même si l'on est particulièrement mal placé. En revanche, dans des petites villes, où il n'y a parfois qu'un service de spécialité, cela n'est, de toute façon, pas possible, puisque les places en stage sont prises d'emblée par les internes des années précédentes. Il y a donc une limite à l'absence de flux dans tous les cas, mais celle-ci est repoussée lorsque la ville est plus grande. Paris et Marseille sont réputés comme ne pratiquant pas de flux. Cela ne rend pas les choix sur Paris faciles, puisque le nombre de postes et d'hôpitaux est tel qu'il est souvent difficile, lorsque l'on est mal classé, d'obtenir des postes dans des centres proches de son domicile. Si l'on admet que pour certaines spécialités médicales très prisées, comme la radiologie ou la cardiologie, il y a une relative limite, pour la plupart des spécialités, il n'y a pas de régulation interne. Au vu du grand nombre d'internes dans ces deux métropoles, à elles seules, elles peuvent déclencher de véritables déséquilibres.

Ce qu'en disent les étudiants :

Comme nous avons pu l'observer sur l'ensemble des études médicales, il existe une forte contradiction entre un système réglementaire très contraignant et des lacunes qui laissent la porte ouverte à un grand nombre de pratiques informelles et discriminantes. Les ECN n'échappent pas à cette règle. Régies par des textes qui cherchent à maîtriser de plus en plus près les flux médicaux, conçues selon un mode très « général », elles cachent cependant leur lot de pratiques « occultes » et de « petits arrangements ». Au niveau des étudiants, les choses sont très claires : la confiance est totalement absente des procédures et de l'information. Qu'ils aient le sentiment d'être « bien placés » ou non pour avoir accès aux informations, voire à ouvrir des portes qui se seraient fermées sur d'autres, ils s'entendent en général sur deux principes fondamentaux : « on ne peut pas faire confiance au système » et « il y a toujours moyen d'échapper aux contraintes ». Le principe des choix est une illustration de cet état d'esprit, puisque, derrière une information apparemment très claire (l'affichage des postes sur un grand écran, devant tout le monde, etc.) des stratégies et des tractations s'effectuent continuellement. Évidemment, là comme ailleurs, on en dit plus qu'on n'en fait mais, plus la procédure apparaît contraignante, plus ses failles sont relevées.

Officiellement, rien n’est dit, sauf dans quelques villes, comme Bordeaux, dont la réputation n’est pas à faire. « Au moins, on sait ce qu’il en est », disent certains, qui pensent qu’il vaut mieux être averti avant des règles du choix dans la subdivision que l’apprendre au dernier moment. Mais, en tout état de cause, l’information circule mal, et elle est très fluctuante. Nous avons pu observer que l’opinion d’un étudiant sur l’existence ou non d’un flux dans une ville pouvait changer sur simple affirmation d’un autre. Et comme le principe selon lequel les étudiants fonctionnent est de ne pas faire confiance à ce que les autres vous disent, c’est assez compliqué de connaître « la vérité ». Celle-ci, en outre, est religieusement gardée par les autorités, qui ne dévoilent pas leur système d’attribution des postes le plus souvent.

Dans ce contexte, les rumeurs vont bon train et l’on peut facilement imaginer qu’un changement de subdivision peut intervenir au dernier moment, sur simple présomption. L’évolution des pratiques entre les deux amphis de garnison est assez éclairante. En 2004, les étudiants n’annonçaient pas leur « sous-spé », mais les représentants de l’ANEMF et les étudiants intéressés étaient présents pour prendre l’information en interrogeant chaque candidat. Cette année, les étudiants ont annoncé leur sous-spé mais, là encore, tout dépend de la façon dont chacun est informé. Pour être au courant, il faut avoir des amis sur place ou s’y rendre soi-même, repérer les étudiants qui choisissent la même chose que ce que l’on convoite, les interroger pour se faire une idée précise de leur « vœu », avoir des informations fiables sur le fonctionnement des choix dans la subdivision et des changements éventuels, savoir aussi s’il y a moyen de faire pencher la balance de son côté. Un étudiant, par exemple, se montrait très tranquille quant à la sous-spécialité chirurgicale qu’il pourra choisir dans sa ville, où son père exerce comme médecin, explication qu’il donne d’ailleurs de lui-même pour expliquer qu’il n’a aucune inquiétude, et qu’il sait qu’il pourra faire ce qu’il veut. En revanche, l’effet des flux peut être perçu comme une « machine à broyer » pour des étudiants moins « à l’aise » et qui prennent « au premier degré » toutes les informations qui leur arrivent, jusqu’à annoncer une sous-spécialité dont ils ne veulent absolument pas, simplement parce qu’ils pensent qu’ils n’auront pas le choix de faire autre chose. On peut également s’interroger sur l’effet qu’auront ces annonces dans les relations futures entre les étudiants lorsqu’ils se retrouveront dans la même faculté. Car si un étudiant change d’avis avant son inscription en DES et que ce changement a des répercussions sur le choix d’un autre placé derrière lui, les choses auront été dites et on peut imaginer que cela déclenche certaines animosités entre étudiants par la suite.

- L’exemple de deux facs : Bordeaux et Aix-Marseille

On prendra ici l’exemple de deux facultés de province qui ne fonctionnent pas du tout de la même manière : Bordeaux est une des villes où le flux est le plus strict et le plus ancien. Les étudiants le savent tous et la DRASS joue en général le jeu en annonçant les postes à qui veut bien se renseigner. En revanche, Aix-Marseille a la réputation d’être très libre concernant le choix des sous-spécialités, les étudiants pouvant en principe choisir celle de leur choix, quel que soit leur rang de classement. Ceci a des répercussions à deux niveaux : celui des mobilités, en particulier celles que l’on pourrait interpréter comme des mobilités « volontaires », et celui des choix de sous-spécialités et de leur répartition.

La question des « mobilités volontaires »

Si l'on étudie, de façon plutôt qualitative, les résultats des ECN 2004, on constate que la question des flux intervient de façon importante dans les choix des étudiants, en particulier en ce qui concerne ce que l'on appelle les « mobilités volontaires » (Billaut, 2005). Ces mobilités volontaires varient considérablement d'une ville à l'autre : elles varient de 6,5 % à 69 % selon les villes. Ces variations peuvent s'expliquer selon différents facteurs : le taux de réussite des étudiants issus de cette faculté, l'attractivité des facultés d'origine, mais aussi le système des flux.

Mobilités « volontaires » des étudiants ayant choisi les spécialités médicales à l'issue des ECN 2004

Subdivision d'origine	Choix des spécialités médicales	Dont mobilités volontaires	% de mobilités volontaires
TOULOUSE	31	2	6,5
PARIS - IDF	220	20	9,1
LILLE	63	10	15,9
AIX - MARSEILLE	36	6	16,7
CLERMONT-FERRAND	11	2	18,2
RENNES	14	3	21,4
BREST	20	5	25,0
LYON	36	9	25,0
NICE	16	4	25,0
AMIENS	15	4	26,7
STRASBOURG	21	6	28,6
GRENOBLE	20	6	30,0
SAINT ÉTIENNE	6	2	33,3
NANCY	29	10	34,5
MONTPELLIER	22	8	36,4
ROUEN	19	7	36,8
TOURS	20	9	45,0
CAEN	11	5	45,5
NANTES	17	8	47,1
DIJON	16	8	50,0
REIMS	22	11	50,0
BORDEAUX - OC. INDIEN	44	23	52,3
ANGERS	13	7	53,8
BESANÇON	7	4	57,1
POITIERS	18	11	61,1
LIMOGES	13	9	69,2
Total	760	199	26,2

On peut, pour approcher l'effet des « flux », comparer deux facultés qui sont situées dans des grandes villes de province qui ont des réputations opposées en termes de flux : Aix-Marseille, réputée « libre » et Bordeaux, réputée « contingentée ».

Sur les 44 étudiants bordelais ayant fait le choix d'une spécialité médicale, 23 ont quitté leur faculté d'origine, soit plus d'un sur deux. À Aix-Marseille sur les 36 étudiants ayant choisi une spécialité médicale, seuls six se sont « délocalisés », soit un sur six. Ces deux

subdivisions présentent des CHU de bonne taille, avec des formations assez bien réputées, et cette différence mérite d'être interrogée.

L'analyse des résultats 2005 montre le même phénomène entre les Bordelais et les Aixois-Marseillais.

Analyse des affectations en spécialités médicales à Aix-Marseille et à Bordeaux

	Aix-Marseille	Bordeaux
Candidats d'origine affectés en spécialités médicales	46 sur 224 (20,5 %)	35 sur 205 (17,1 %)
Classés parmi les 500 premiers	15,5 %	5,8 %
Dont affectés hors ville d'origine	29 (63 %)	23 (65 %)
Nbre de postes en spécialités médicales	33	30
Dont candidats externes	6 (18,2 %)	18 (60 %)
Rang limite d'affectation	1 086	1 869 (+ 72 %)
Rang limite pour les dix premiers	274	252
Rang du dernier candidat d'origine affecté en spécialités médicales	1 820	1 661

Ces résultats montrent bien l'influence des flux sur les processus de choix de subdivision. En l'occurrence, cela montre un ensemble de plusieurs phénomènes :

Bordeaux est une ville rapidement choisie, et par les meilleurs classés, alors même que son taux de réussite interne était plutôt mauvais. Qu'est-ce qui justifie ce choix ? est-ce la bonne réputation de la formation ou (et ?) le fait que sa réputation de rigueur dans les places disponibles la rend particulièrement « désirable ». Parce qu'à Bordeaux, on ne peut pas faire n'importe quoi, avoir tous les choix à Bordeaux signifie que l'on est vraiment très bon.

Ainsi, avec un taux de réussite médiocre, les premières places sont prises plus vite sur Bordeaux que sur Aix-Marseille, mais pas les dernières. En effet, le « rang limite » pour les spécialités médicales sur Bordeaux est beaucoup plus élevé qu'à Aix-Marseille. On mesure alors la difficulté d'établir un mode de calcul général pour ce que l'on pourrait appeler des mobilités volontaires ou non volontaires. On voit également que les candidats ne sont pas à égalité dans leurs choix et à quel point cette formule, avec tout ce qu'elle comporte de « transparences », engendre des opacités réelles et de grandes inégalités. On voit bien aussi ce que l'amphi de garnison apporte dans ces conditions, par rapport à des simulations uniquement sur informatique.

Au fond, les variations concernant les « taux de mobilité volontaire » sont le résultat d'une interférence entre les taux de réussite des étudiants originaires des subdivisions concernées et l'existence d'une régulation plus ou moins stricte des flux. Il serait ainsi nécessaire de distinguer les mobilités volontaires chez les généralistes et chez les spécialistes, puisque pour ces derniers, elles ne sont pas toujours aussi « volontaires » que cela.

Des sous-spécialités différentes

Lors de la procédure de choix à l'amphi de garnison, les étudiants qui le voulaient précisaient leur sous-spécialité. Nous l'avions notée, ainsi que les représentants de l'ANEMF et les étudiants pouvaient donc suivre l'occupation de ces postes. Même si ces annonces n'ont rien d'officiel et n'engagent en principe pas les étudiants pour la suite, on voit qu'elles influent de façon très nette sur les choix des étudiants.

Bordeaux : choix des sous-spécialités parmi les spécialités médicales, selon les rangs de classement

Sous-spécialités	<250	<500	<7750	<1 000	<1250	<1500	<1750	<2000	Total
inconnu		1			1				2
Cardiologie	3		1	1					5
Médecine interne		1	1					1	3
Neurologie	1								1
Radiologie	3								3
Dermatologie	2								2
Gastro-entérologie				1					1
Endocrinologie			1		1				2
Oncologie							1		1
Rhumatologie			1	1					2
Hématologie					1				1
Médecine nucléaire			1						1
Anatomie et cytologie pathologiques		1				1			2
Radiothérapie		1		1					2
Génétique			1					1	2
Total	9	4	6	4	3	1	1	2	30

Aix-Marseille : choix des sous-spécialités parmi les spécialités médicales, selon les rangs de classement

Sous-spécialités	<250	<500	<7750	<1 000	<1250	Total
Cardiologie	1	2	4	1		8
Médecine interne	1		1			2
Neurologie		1	1		1	3
Radiologie	2	1	1			4
Dermatologie	1	2	1			4
Gastro-entérologie		1		1		2
Pneumologie				2	1	3
Oncologie				1		1
Néphrologie		2				2
Hématologie				1		1
Médecine nucléaire	1				1	2
Anatomie et cytologie pathologiques				1		1
Total	6	9	8	7	3	33

Si l'on compare les choix de sous-spécialités entre Bordeaux et Aix-Marseille, on constate plusieurs choses :

- Tous les (futurs) internes aixois-marseillais donnent un choix de sous-spécialité, ce qui n'est pas le cas des Bordelais ;
- Sur 28 Bordelais et 33 Aixois-marseillais, l'éventail des sous-spécialités choisies est plus large à Bordeaux qu'à Aix-Marseille, où l'on a une forte concentration sur les plus demandées au niveau national : cardiologie, radiologie et dermatologie, qui représentent 16 choix, soit 48,5 % de l'ensemble. Ces mêmes spécialités sont choisies par 10 étudiants bordelais, soit 33 % de l'ensemble. À Aix-Marseille, certaines

spécialités n'apparaissent pas : génétique, radiothérapie, rhumatologie, endocrinologie, néphrologie ;

- Les étudiants bordelais ont appliqué par eux-mêmes les flux existants : les deux places de dermatologie sont occupées et pas un étudiant de plus n'annonce qu'il veut faire de la « dermato ». On peut facilement imaginer ce qu'un changement de choix d'un étudiant bien classé peut ensuite déclencher parmi les internes de cette ville. Il est probable que, pour choisir « Spé Med » à Bordeaux, il faut savoir déjà ce que l'on veut faire ou, *a contrario*, il faut être prêt à « tout » faire.

Si l'on regarde les préchoix de spécialités réalisés par les étudiants sur le site officieux, c'est-à-dire avant les simulations réelles, on constate que la continuité des choix est similaire dans les deux villes. Ainsi, parmi les 33 étudiants affectés en spécialités médicales sur Aix-Marseille, 16 avaient mentionné le même choix de sous-spécialité lors de la simulation officieuse, soit quasiment la moitié. Sur Bordeaux, il s'agit de 15 étudiants sur 30.

Si on regarde ensuite les étudiants originaires de ces deux UFR, on repère quelques variations : les Aixois-marseillais font moins de simulations sur *Coline* que les Bordelais : 31 Bordelais sur 35 (89 %) ont fait une simulation contre 34 étudiants d'Aix-Marseille sur 46 (74 %). Parmi ceux ayant fait une simulation, on trouve plus d'adéquation entre les vœux de sous-spécialité chez les Aixois-marseillais d'origine (23, soit 68 %) que chez les Bordelais d'origine (18, soit 58 %).

Ces variations se comprennent dès lors que l'on regarde l'évolution des vœux et des simulations : le premier jour des vœux, 13 Bordelais sur 17 (76 %) et 17 Aixois-marseillais sur 27 (63 %) choisissaient leur ville ; le dernier jour des vœux, les choix des étudiants sont équivalents : 37 % choisissent leur ville. Le jour du choix en amphi, c'est 48,6 % des Bordelais qui restent dans leur ville, contre 65,2 % des étudiants originaires d'Aix-Marseille.

On peut conclure de ces études de cas que le maintien d'un choix de sous-spécialité se fait avec plus ou moins de mobilité « obligée » chez les étudiants.

Les dermatologues bordelaises

On peut regarder plus en détail ce qu'il en est, par exemple, des étudiants voulant faire de la dermato à Bordeaux, sachant qu'il n'y a que deux places dans cette ville. On prendra comme base de départ le croisement entre une affectation à Bordeaux et une sous-spécialité annoncée sur le site officieux en dermatologie.

Il s'agit de 4 étudiantes, deux sont classées moins de 250 (A et B), elles sont respectivement originaires de Nantes et de Reims ; la troisième est entre 750 et 1 000 (C) et la quatrième autour de 2 500 (D). Voici l'évolution des vœux et des simulations de ces quatre étudiantes :

A : reçue dans les 100 premiers, cette étudiante nantaise a fait le vœu de la dermato sur le site officieux. Cependant, à la troisième simulation officielle, elle rentre 12 vœux : les premiers sont des spécialités chirurgicales et les suivants alternent spécialités chirurgicales et spécialités médicales. En fait, elle hésite entre ORL et dermatologie. Son premier choix est spécialités chirurgicales à Nantes et spécialités médicales à Bordeaux n'arrive qu'en septième

position. Son premier vœu est évidemment retenu et elle est, à chaque fois, seconde dans sa subdivision et sa filière. Cependant, elle change à la simulation 12 et place cette fois les spécialités médicales à Bordeaux en premier lieu (entre-temps, elle a été voir dans un service d'ORL ce qu'était cette spécialité et en est sortie convaincue de ne pas vouloir faire cela). Elle va garder ce choix durant les quatre simulations suivantes. À la première, elle est troisième à choisir ; à la seconde, elle n'est plus que deuxième et pour les deux dernières, elle est première. Elle arrive dans l'amphi de garnison avec de bonnes chances de pouvoir faire de la dermatologie.

B : Il s'agit d'une étudiante originaire de Reims. Elle va rentrer à chaque fois 6 vœux, du premier au dernier jour. Elle ne demande toujours que spécialités médicales mais va faire varier les villes. Voici l'évolution de ses choix durant les différentes simulations.

S2 à S6	S7 à S13	S14 et S15
GRENOBLE	TOULOUSE	BORDEAUX
RENNES	BORDEAUX	TOULOUSE
BORDEAUX	GRENOBLE	GRENOBLE
TOULOUSE	RENNES	RENNES
NICE	NICE	NICE
MONTPELLIER	MONTPELLIER	MONTPELLIER

Pour une spécialité médicale, elle était première à choisir à Grenoble, troisième à Toulouse et septième à Bordeaux . Elle pouvait néanmoins avoir un espoir d'obtenir la dermatologie, puisque les six premiers avaient entré leurs préchoix sur le site officieux. À part la A1, qui avait indiqué dermatologie (bien qu'à Nantes), les cinq autres indiquaient cardiologie ou radiologie. Au moment du choix, l'un ne prend pas Bordeaux et les six autres annoncent également cardiologie ou radiologie. Elle-même va annoncer dermatologie ou néphrologie (on n'est jamais trop prudent).

C : Il s'agit d'une étudiante originaire de Bordeaux. Elle entre dans la simulation la plus tardivement et va saisir d'emblée 8 vœux, toujours les mêmes. Ses choix sont limités du point de vue des disciplines et des villes. Les deux seules présentes sont Bordeaux et Toulouse et les deux premières disciplines spécialités médicales et gynécologie-obstétrique.

Spécialités Médicales	BORDEAUX
Gynécologie-obstétrique	BORDEAUX
Spécialités Médicales	TOULOUSE
Gynécologie-obstétrique	TOULOUSE
Spécialités Chirurgicales	BORDEAUX
Anesthésie - Réanimation	BORDEAUX
Pédiatrie	BORDEAUX
Pédiatrie	TOULOUSE

Elle obtient évidemment à chaque fois son premier vœu, où elle se classe entre 17ème et 20ème selon les simulations. Elle sait déjà qu'elle ne pourra pas faire de la dermatologie. Le jour de l'amphi de garnison, elle est dix-neuvième à choisir une spécialité médicale à Bordeaux. Après la « 1B », plus personne n'a annoncé de sous-spécialité en dermatologie en premier choix, mais deux autres l'ont annoncé en second choix après endocrinologie et rhumatologie. Elle-même va annoncer au micro « gastro-entérologie ou dermatologie ».

D : il s’agit d’une étudiante de Bordeaux, qui ne pourra pas prétendre, à aucun moment, à une spécialité médicale à Bordeaux. Elle entre dans les simulations de bonne heure et rentre entre d’abord 9 choix, puis 15, puis 20, puis 21. Voici ses 21 derniers choix :

Spécialités Médicales	BORDEAUX
Biologie médicale	BORDEAUX
Spécialités Médicales	TOURS
Biologie médicale	TOURS
Spécialités Médicales	POITIERS
Biologie médicale	POITIERS
Spécialités Médicales	LIMOGES
Biologie médicale	LIMOGES
Spécialités Médicales	CAEN
Biologie médicale	CAEN
Anesthésie - Réanimation	BORDEAUX
Spécialités Chirurgicales	BORDEAUX
Anesthésie - Réanimation	TOURS
Anesthésie - Réanimation	POITIERS
Anesthésie - Réanimation	CAEN
Médecine Générale	BORDEAUX
Spécialités Chirurgicales	TOURS
Spécialités Chirurgicales	POITIERS
Médecine Générale	PARIS - IDF
Médecine Générale	TOURS
Médecine Générale	POITIERS

Cette étudiante va avoir un circuit d’affectations curieux. Elle est successivement prise en spécialités médicales Poitiers, spécialités médicales Caen, biologie médicale Bordeaux puis 5 fois spécialités chirurgicales Tours. Elle change alors l’ordre de ses choix pour mettre spécialités chirurgicales Tours en 17ème position (comme ci-dessus) alors qu’il était en 14ème place avant. Du coup, elle obtient médecine générale Bordeaux, puis anesthésie-réanimation à Caen. Elle choisit, lors de l’amphi de garnison, médecine générale à Bordeaux.

Ces quatre étudiantes ont opéré, par elles-mêmes, une régulation de leurs choix à partir des informations qu’elles avaient pu obtenir sur Bordeaux. Cependant, il faut noter que cette adaptation a pu se faire de façon relativement prévisible à partir des dernières simulations, mais que le moindre changement parmi les deux premières (et elles ont hésité, nous l’avons vu), au cours de l’amphi de garnison était susceptible de modifier les choix des suivantes. On voit ainsi l’extrême fragilité du système dès lors que l’étendue des possibilités se restreint, augmentant les marges d’incertitude.

Ces exemples visent à illustrer l’effet de flux, un phénomène dont il est d’autant plus difficile de mesurer l’impact réel qu’il s’alimente de rumeurs susceptibles de changer rapidement. L’absence de transparence dans l’information confirme l’idée selon laquelle des « arrangements » sont possibles, mais aussi que rien n’est jamais garanti. Dès la première année de médecine, les étudiants se trouvent dans un système dual : objectif démocratique et égalitaire selon les procédures officielles ; subjectif, élitiste et injuste dans la pratique, largement guidé par des systèmes parallèles. Force est de constater que, cette fois, ce double

fonctionnement n'est pas seulement organisé par la profession, mais qu'il opère avec le soutien des institutions publiques.

II.A.2. Se placer

Le classement produit des effets en soi et influe sur la façon de penser sa position dans un espace professionnel. On pourrait appeler cela l'assignation d'une place. Comme si la place correspondait à la valeur. Cet effet de « placement » se manifeste tout particulièrement à deux niveaux : la première et la dernière place.

Lors de la première journée, nous avons été plutôt étonnés de constater qu'un nombre non négligeable d'étudiants choisissait une mobilité géographique alors que rien ne les y obligeait. Des raisons, sur lesquelles nous reviendrons plus loin, relatives aux conditions de vie de chacun, peuvent évidemment les expliquer. L'existence de flux permet aussi de comprendre pourquoi un étudiant mal classé dans sa promotion préfère choisir une mobilité plutôt que de ne pas pouvoir exercer la sous-spécialité de son choix. Mais il y a plus que cela et nous avons été témoins de l'effet de classement sur ces excellents étudiants. Pour le comprendre, il faut resituer les conditions dans lesquelles se trouvent ces 500 premiers, évidemment pensés comme « les meilleurs ». Pour une bonne partie d'entre eux, il s'agit d'étudiants qui, dès le concours de première année, ont été brillants : souvent primants, plus jeunes que les autres, anciens « premiers de la classe », ils sont habitués à arriver dans le « peloton » de tête. Mais ici, les étudiants sont nombreux, c'est sur l'ensemble des inscrits de France que se fait le classement et lorsque l'on est habitué à être toujours dans les dix premiers, c'est parfois difficile d'accepter d'être 110ème.

C'est ainsi que nous pouvons comprendre la tension qui régnait lors de cette première journée alors qu'il nous semblait que ces étudiants avaient toutes les raisons d'être décontractés, que leur réussite leur donnait, a priori, accès à tout ce qu'ils voulaient. S'exprime pourtant un jeu subtil d'observation réciproque et de forte attention à ce qui se passe. Ces étudiants sont les plus sensibles à l'effet hiérarchique, comme en témoigne le travail qu'ils ont fourni pour être bien placés. Ce sont donc les plus attentifs à la place qu'ils auront, par la suite. Or, le jeu des choix de stage d'internes, nous l'avons vu, répète, année après année, le classement initial de l'étudiant. Ainsi, le premier de sa promotion le sera toujours et il sera connu dans sa ville d'internat, comme un « premier », aussi. Pour ces étudiants, même s'ils sont sûrs d'obtenir ce qu'ils veulent dans la ville de leur choix, cette distinction n'est pas sans effet, dès lors qu'une mobilité est possible. Et l'on pourrait presque dire que c'est la dernière « frayeur » de leur vie d'étudiant qu'ils pourront s'offrir. L'étendue des vœux exprimés par ces étudiants est une bonne illustration de ce phénomène, puisqu'ils étaient sûrs d'obtenir le premier d'entre eux. Mais les combinaisons subtiles qu'ils entrent sur leur ordinateur lors des simulations, permettent aussi de faire jouer leurs possibilités d'obtenir « la première place » et l'on constate qu'un certain nombre d'entre eux s'y prête volontiers.

Le tableau ci-dessous montre, pour les 1 000 premiers, le pourcentage d'étudiants ayant choisi de changer de subdivision. La troisième colonne signale les cas où des rangs limites étaient inférieurs à 1000, montrant ainsi que ces changements ne sont que marginalement dictés par le choix de la filière, même si, nous l'avons vu, ils peuvent l'être par celui de la subdivision.

Pourcentage d'étudiants classés dans les 1 000 premiers, ayant choisi de changer de subdivision

Subdivision d'origine	1/500	501/1 000	Rangs limites d'accès à une discipline dans la subdivision d'origine <1 000
AMIENS	0 %	60 %	
LIMOGES	0 %	14 %	
REIMS	0 %	50 %	
CAEN	20 %	29 %	
DIJON	25 %	25 %	
STRASBOURG	29 %	40 %	
POITIERS	33 %	40 %	
BREST	40 %	60 %	
GRENOBLE	41 %	50 %	Spécialités médicales 762/Gynécologie obstétrique 107
ROUEN	42 %	50 %	
BORDEAUX	42%	46%	
BESANÇON	43 %	50 %	
ANGERS	44 %	27 %	
MONTPELLIER	46 %	43 %	pédiatrie 705
CLERMONT-FERRAND	50 %	57 %	
NANCY	50 %	38 %	
SAINT ÉTIENNE	55 %	40 %	
NICE	56 %	67 %	biologie médicale 370
LILLE	64 %	66 %	
TOURS	67 %	14 %	
NANTES	70 %	47 %	pédiatrie 504
RENNES	70 %	50 %	
LYON	74 %	57 %	pédiatrie 509
TOULOUSE	74 %	61 %	spécialités médicales 976/pédiatrie 529
AIX - MARSEILLE	86 %	73 %	pédiatrie 998
PARIS - IDF	86 %	72 %	spécialités médicales 836

Sans avoir, à ce stade de l'analyse, les moyens d'illustrer de façon statistique cette hypothèse, il semble que ces mobilités « volontaires » suivent un double mouvement : des petites villes vers les grandes pour les étudiants qui trouvent là l'opportunité de faire leur troisième cycle dans des hôpitaux plus vastes et plus « à la pointe » que ceux de leur université d'origine ; des grandes villes vers les petites pour les étudiants qui, mieux classés que les étudiants originaires de ces petites facultés, trouvent alors le moyen de se placer dans le peloton de tête de leur future promotion. Pour confirmer cette hypothèse, il faudrait pouvoir comparer le rang dans la subdivision des étudiants selon plusieurs scénarios : celui d'un maintien dans la ville d'origine et celui de la mobilité choisie, le tout illustré par les choix de sous-spécialité.

Nous pourrions croire que les étudiants les mieux classés n'ont pas à se poser de questions puisqu'ils peuvent faire « ce qu'ils veulent ». Or, il semble qu'ils ne savent pas plus (voire moins) que les autres, ce qu'ils veulent. Un des signes de cette hésitation est le nombre de vœux qu'ils entrent au cours des simulations, alors que, dans tous les cas, le premier sera retenu. Parmi les dix premiers, seulement quatre étudiants ne saisissent qu'un seul vœu, certains en entrent plus de dix, dans des filières et des villes différentes. Il n'y a aucune rationalité à cette façon de faire, sauf à comprendre que ces étudiants ont du mal à prendre une décision pour eux-mêmes, en dehors de toute contrainte. Les mieux classés sont sans

doute ceux qui ont le plus « joué le jeu », qui sont entrés dans la course sans nécessairement s'autoriser à se projeter dans un avenir qu'ils se sont longtemps obligés à penser incertain. Ils ont été classés à l'issue des épreuves mais se conduisent encore comme s'ils avaient un ultime concours à passer, comme si le logiciel de simulation allait, une fois encore, choisir pour eux. Prendre place n'est pas toujours chose facile.

Suivant un impact similaire de la hiérarchisation des représentations estudiantines en médecine, on trouve les choix privilégiant les « dernières places ». Il nous a été donné d'observer l'extrême satisfaction d'étudiants qui prenaient la dernière place disponible dans une subdivision et une filière, y compris lorsque cette place ne correspondait pas vraiment à un choix spontané de leur part. Le pire semble bien être, de prendre ce que tout le monde peut prendre et les étudiants le disent eux-mêmes : s'il reste des places quelque part, c'est bien qu'il y a un problème. De ce point de vue, la médecine générale, dont il reste toujours des places, ne peut qu'avoir mauvaise presse, et pour longtemps. Alors que le nouveau système prévoit une place pour tout le monde, les étudiants ne l'entendent toujours pas ainsi et il reste communément dans les esprits l'idée que, s'ils veulent une spécialité, la médecine générale n'est « rien ». « *Je n'ai rien* » ne signifie donc pas que l'étudiant n'a pas de poste, mais qu'il n'a pas de spécialité.

Cela permet aussi de comprendre ce qui a pu se passer, en 2005, avec la chirurgie, dans la mesure où l'augmentation des postes et le décalage lié aux rangs de classement des garçons et des filles en ont fait une spécialité moins rare, voire presque « facile » à obtenir. Du coup, à l'intérieur de ce même groupe, certaines places deviennent prestigieuses (premier chirurgien à Paris, Bordeaux, Marseille etc.) tandis que d'autres sont totalement dévalorisées, comme peut l'illustrer la réflexion suivante : « *dernier chirurgien à Poitiers tu fais quoi ? tu vides les bassins toute la journée !* »… allusion explicite à cette expérience sans doute douloureuse pour certains, que fut le stage infirmier de fin de PCEM1[20]…

II.A.3. « L'amphithéâtralisation » du choix

En dehors du contenu même de la procédure, il est nécessaire aussi de prendre en compte la forme que prend le choix, en tant qu'événement total. La forte présence des étudiants témoigne de leur attachement à cet amphi de garnison, mais il faut aussi le replacer dans son contexte : l'amphi de garnison est important pour certains étudiants, placés à des rangs stratégiques, ceux pour qui les choses peuvent basculer à tout moment. Ainsi, plus les choix des étudiants s'étaleront, plus il restera de possibilités pour les derniers, plus cette procédure sera utile. Il nous est apparu d'ailleurs que ce n'était pas tant dans l'écart situé entre les simulations et les choix définitifs que les choses se jouaient que dans l'idée qu'ils peuvent, à cette occasion, se rendre à nouveau maîtres de leur destin.

Il faut alors distinguer, sous cet effet d'« amphithéâtralisation », deux principaux impacts. Le premier est celui de la simulation et le second celui du choix « en public ». Il est difficile de comparer les simulations avec des affectations définitives, dans la mesure où, justement, ces simulations sont faites comme des simulations et remplissent d'abord cette fonction. Les étudiants ont intérêt à rentrer des vœux compatibles avec leur désir lors de la dernière

[20] Voir sur cette question, notre étude précédente : « De faire médecine à faire de la médecine », rapport d'étude pour la DREES, mars 2005, 201 p., Anne-Chantal Hardy-Dubernet et Charles Gadéa (responsables scientifiques), Sophie Divay, Chantal Horellou-Lafarge, Fabienne Le Roy.

simulation en particulier, puisqu'un imprévu peut toujours les empêcher d'être présents lors de l'amphi de garnison, et il est assez probable qu'ils le fassent, pour l'écrasante majorité d'entre eux. Ceci dit, les simulations passées sont l'occasion pour eux de se familiariser avec un avenir probable. Pour certains, leur place leur laisse suffisamment de marge pour qu'ils puissent s'en assurer mais pour d'autres, leur destin se joue à très peu de chose. Déjà, le nombre de postes par filière montre que l'on peut très rapidement perdre une place et si l'on tient compte des sous-spécialités, on voit que les choses sont extrêmement compliquées. On comprend alors que rien n'est jamais joué et que tout peut basculer dès lors qu'un étudiant change d'avis ou qu'il obtient une information de dernière minute (c'était d'ailleurs le cas souvent puisque les DRASS décidaient du nombre de postes d'internes au moment de l'amphi de garnison).

Cet état d'incertitude dans lequel sont une partie des étudiants pour qui le lieu de vie des années à venir et/ou le métier qu'ils exerceront toute leur vie ne pourra vraiment devenir une certitude que lors de l'amphi, dure depuis déjà plusieurs mois, voire plusieurs années. Les exemples d'étudiants qui sont entrés en médecine pour exercer une discipline particulière sont fréquents et un certain nombre d'entre eux sont renforcés dans leurs choix au fil des ans, tandis que l'approche du concours fait peser sur leur projet un fort aléa. Les résultats du concours, qui tombent en juillet, ne leur permettent que de se situer par rapport à l'année précédente et, pour les ECN, les précédents sont peu fiables. Sur le forum de l'ANEMF, les qualificatifs pour décrire cette période d'attente sont sans ambiguïté : l'attente est « atroce », les nuits tourmentées, l'angoisse paralysante. Chacun va alors trouver sa solution pour limiter ce stress. La « meilleure » solution est sans doute de se faire à l'idée du pire : la médecine générale comme destin est ce qu'il y a de plus confortable pour un candidat aux ECN, surtout s'il vient d'une ville où il est pratiquement sûr de pouvoir l'exercer. Mais ce qui se passe lors des choix montre que cette orientation, qui peut paraître très « positive », doit aussi se comprendre comme un moyen de mettre à distance un stress éprouvant, surtout après les années passées. En effet, bon nombre d'étudiants qui avaient « prévu » de faire de la médecine générale, voire qui entraient surtout ce choix lors de leurs vœux, changent leur décision au cours de l'amphi pour peu qu'ils découvrent qu'une spécialité (hors médecine du travail et santé publique, qui sont des choix « différents ») est à leur portée.

L'autre solution pour supporter l'incertitude est de se fixer sur un choix hautement probable, même s'il n'est pas celui que l'on préfère, afin de faire cesser l'attente. Ainsi en est-il de cet étudiant qui a choisi de faire de la médecine générale dans une autre ville que la sienne. Ce n'était pas un choix au départ mais, vu son mauvais classement, il pensait ne pas obtenir de place dans sa ville, ce que confirmaient les simulations. Il a donc cherché un logement dans l'autre ville de son choix, proche de la première et lors de l'amphi de garnison, a découvert qu'il pourrait finalement rester dans sa ville d'origine. Ayant déjà fait un chemin mental autant que géographique pour se déplacer, il a finalement « choisi » la mobilité. Une « mobilité volontaire » créée en fait par la procédure elle-même.

En comparant certaines simulations et certaines réalités, on pourrait facilement déduire que ce cas n'est pas isolé et peut même avoir des conséquences beaucoup plus importantes. Le cas suivant en est sans doute une illustration. Cet étudiant hésite visiblement entre biologie médicale et spécialités chirurgicales, pour faire de l'ophtalmologie, sous-spécialité qui nécessite un bon classement dans une ville de flux. Ses premiers choix se portent sur une ville à flux, éloignée de chez lui, pour laquelle on peut faire l'hypothèse qu'il a des raisons

personnelles de s’y rendre. Il demande biologie médicale, puis spécialités chirurgicales dans cette ville, puis spécialités chirurgicales aux Antilles. Il n’obtient jamais son premier vœu et, pour le second, il est trop mal placé pour espérer accéder à l’ophtalmologie. Il change alors ses vœux et alterne biologie médicale et spécialités chirurgicales dans plusieurs villes, proches ou éloignées de celle qu’il voulait au départ, mais jamais dans sa subdivision d’origine. Selon le jeu des simulations, il se retrouve à un endroit ou à un autre, à des classements de promotion divers, ainsi que son rang pouvait le laisser supposer (il est entre 1 500 et 1 600). Les rangs limites des dernières simulations lui laissent cependant penser qu’il devrait pouvoir obtenir la biologie médicale dans une ville proche de son premier choix, puisque le dernier poste (il y en a deux) était choisi par un candidat classé 300 places après lui. Au moment de l’amphi, le candidat placé trois places devant lui choisit cette spécialité dans cette ville, lui ôtant tout espoir de l’obtenir. Cela s’est sans doute joué à quelques minutes près, et cet étudiant pensait donc, jusqu’à ces derniers instants, qu’il pouvait fixer son choix là où il l’avait sans doute prévu depuis quelques jours. Il lui reste donc deux minutes pour changer et le choix qu’il annonce lorsqu’il doit s’avancer ne correspond à aucun des vœux qu’il avait jusqu’ici exprimés : il conserve la ville où il pensait aller faire de la biologie médicale, sachant qu’il ne pourrait pas pratiquer l’ophtalmologie dans cette ville, et opte pour l’anesthésie-réanimation. Or, à la seule lecture de ses choix et des simulations, on ne peut pas comprendre cette option, qui a été déclenchée sur le moment, à la faveur de cette imprévisibilité des choix en direct. En prenant un poste d’anesthésie réanimation, il a décalé à son tour les possibilités des candidats après lui, se faisant le relais d’un « effet domino » ou « boule-de-neige » dont les conséquences sont imprévisibles au départ.

Cet exemple montre surtout que les simulations sont lues de deux manières différentes par les étudiants : l’une, directe, donne pour chacun une affectation simulée et un rang dans la promotion retenue ; l’autre, indirecte, lui fournit ses autres possibilités théoriques en fonction des rangs limites dans chaque subdivision et discipline, au vu des résultats de la simulation. Ainsi, un étudiant peut faire un choix sur lequel il n’avait auparavant obtenu aucune affectation simulée, ni même exprimé des vœux. Cet effet de décalage est évidemment démultiplié par la finesse des découpages disciplinaires. L’exemple ci-dessus montre comment, pour une discipline isolée et pour laquelle il y a peu de postes par subdivision, le modèle devient extrêmement instable. Plus le découpage est fin, formellement (par les disciplines) ou de façon informelle (par les sous-spécialités dans les villes à flux), plus les simulations sont peu fiables. Ceci montre que la rigidité d’un système joue en faveur de son instabilité.

Au-delà de ce lien entre les simulations et la procédure en temps réel, un des impacts de l’amphi de garnison est sans doute celui d’afficher son choix devant l’ensemble de sa promotion. De ce point de vue, l’attitude des premiers candidats à la médecine générale est éclairante. Ces étudiants que nous avons « vus venir », savaient qu’ils allaient déclencher des mouvements dans la salle, qui ne sont pas interprétables de façon univoque. Contrairement aux premiers dans les filières de spécialité, qui s’amusaient des applaudissements dont ils étaient l’objet, qui regardaient leurs collègues la tête bien haute, les futurs généralistes figurant parmi les meilleurs classés, choisissaient sans regarder la salle, et recueillaient les réactions de celle-ci de la façon la plus impassible qui soit. Par ailleurs, des observations plus ciblées de petits groupes d’étudiants montrent bien à quel point l’influence d’un groupe de pairs au moment de choisir est importante. Telle étudiante ainsi revient en larmes après avoir choisi « spécialités médicales » dans sa ville, alors que les simulations ne lui permettaient pas

d'y avoir accès et qu'elle s'était faite à l'idée de faire de la médecine générale. Ce sont ses camarades qui l'ont persuadée de changer au dernier moment, affirmant que c'est, de toute façon, « mieux pour elle », mais elle ne paraissait pas du tout convaincue …

Le système d'annonce d'une sous-spécialité a fait des remous, dans la salle et sur le moment. Une fois obtenue l'autorisation de faire savoir à tous les préchoix des étudiants, la question s'est rapidement posée de la stratégie à adopter dès lors qu'un étudiant ne jouait pas le jeu ou hésitait. De nombreux étudiants posaient la question aux représentants de la DHOS, au moment de choisir : « j'hésite entre trois ou quatre, que dois-je dire ? » Devant ces doutes, il leur était en général conseillé de ne rien dire puisque l'information n'était pas fiable. Mais une option unique de sous-spécialité n'est pas pour autant fiable. Nous verrons plus loin que les déterminants du choix ne sont pas toujours très clairs et que, justement, pour ceux qui le peuvent, choisir une filière qui comporte des possibilités multiples permet de se donner le « droit à l'erreur », plus sûr que le « droit au remords » prévu dans les textes. L'accès à cette information pouvait perturber certains étudiants, en particulier ceux qui semblaient découvrir, à cette occasion, le système des flux. Pour d'autres au contraire, cela semblait leur permettre de diminuer leur marge de risque. Surtout, c'est l'inégalité des étudiants face à l'accès aux informations qui nous est apparue, une fois encore, le plus clivant. Un représentant des étudiants a convenu qu'il supposait qu'une bonne partie des étudiants présents ne maîtrisait pas l'ensemble du système et, dans la précipitation, les rumeurs s'accélèrent et provoquent des confusions. Nous avons remarqué qu'à la faveur des tensions, des avis peuvent s'opposer et qu'au moment de choisir, c'est souvent le dernier avis entendu qui l'emporte. Les inquiétudes se font plus fortes si l'on n'est plus sûr de pouvoir choisir, ensuite, la sous-spécialité de son choix. Cette confusion dénote une grande faille d'un système qui se veut égalitaire et transparent, mais génère en fait de fortes inégalités entre les étudiants.

Enfin, on peut s'interroger sur l'effet de ces annonces de sous-spécialité pour la suite des relations au sein d'une même promotion, comme nous l'avons indiqué plus haut. Si les étudiants, en début de choix, annonçaient volontiers la sous-spécialité qu'ils convoitaient, ce choix est devenu plus rare au fur et à mesure de l'avancement de la procédure. Tout se passait comme si l'incertitude les empêchait de formuler des vœux, ce qui déclenchait parfois des réactions agressives de la part des autres étudiants. Ainsi, lorsque des étudiants restaient silencieux, ils étaient ensuite assaillis dans les allées par d'autres qui cherchaient à savoir si, au moins, leur propre choix était en danger. La question pouvait aussi bien être « *tu hésites entre quoi et quoi ?* » que « *et ça, tu es sûr de ne pas le faire ?* ».

Les déterminants du choix que nous avons rassemblés sous le titre « d'effet de procédure » procède donc de phénomènes d'ordres divers, qui agissent les uns avec les autres et se combinent aussi avec des facteurs privés et professionnels. Ce que l'on peut dire avec certitude, c'est que la procédure même selon laquelle, non seulement les étudiants choisissent leur troisième cycle, mais ont été conditionnés durant toutes leurs études à partir d'une représentation hiérarchisée de leur place dans un système professionnel, agit fortement sur la structuration même du corps médical. On peut en tirer plusieurs règles :

Ce qui est rare est cher. Selon ce principe, le mode même d'organisation des ECN et de la répartition des places de spécialité condamne la médecine générale à être trop commune pour être convoitée. Mais cet adage a un corollaire paradoxal : ce qui n'est pas choisi est suspect. Ainsi, certaines spécialités sont à la fois rares et peu convoitées, car l'idée qui les accompagne

est que leur « sortie » des choix généraux est liée à leur désertion sur l'ensemble. C'est, par exemple, le cas de la gynécologie médicale.

La rigidité du système le rend instable. Devant les inégalités des choix des étudiants à l'intérieur des filières, l'option choisie est toujours de sortir de nouvelles spécialités des filières globales. Or, plus on va dans ce sens, plus l'équilibre est fragile et plus il y a d'incertitude. L'explication est simple : là où il y a dix places équivalentes pour la suite, on peut considérer que les six premiers au moins sont garantis de leur choix. Là où il n'y en a plus que deux, il suffit d'un changement pour que tout l'équilibre des prévisions s'écroule. Or, plus il y a de découpages, plus il y a de hiérarchies, donc moins il devient possible de réguler sur le terrain les répartitions des étudiants en fonction des réalités concrètes.

Plus un même classement a des effets complexes, plus les stratégies qui l'entourent sont opaques. Ici, on voit bien que l'effet du classement n'est pas seulement l'accès à une filière de troisième cycle, mais qu'il en contient au moins trois autres : l'accès à une sous-spécialité, le choix des stages (qui peuvent être géographiquement très éloignés et professionnellement très inégaux), la réputation locale du médecin sur le long terme. Or, on pourrait imaginer que le rang aux ECN donne uniquement accès à une filière et que ce rang s'annule dès lors qu'une promotion se constitue. Les choix de stages pourraient faire l'objet d'un tirage au sort (comme maintenant cela a lieu dans certaines universités pour les deuxièmes cycles) et l'inscription en DES rester libre ou faire l'objet d'une deuxième sélection en interne, par exemple. Dans ces conditions, le rang de classement d'un étudiant n'aurait de valeur que pour l'accès au troisième cycle et les enjeux à long terme seraient moins importants. Cela rendrait très certainement les procédures de choix plus claires.

II.B. Les facteurs privés

Les déterminants du choix relevant de la « vie privée » des étudiants ne nous sont pas apparus exceptionnels, par rapport à ce qui s'observe dans d'autres domaines de choix professionnels. La particularité est sans doute liée au moment particulier auquel se réalise ce choix. Les étudiants concernés ont en moyenne 25 ans, certains un peu moins, d'autres un peu plus, mais surtout, ils sortent d'une période de préparation intense, où leurs projets de vie privée sont parfois passés au second plan. Pour beaucoup d'entre eux, c'est une nouvelle phase qui s'ouvre, et ils ont réellement envie « d'en profiter ». En outre, ils savent que les années qui vont suivre ne leur permettront pas de mobilité géographique et donc ce moment est un réel virage dans leur vie. Si les célibataires peuvent choisir apparemment plus « librement » que les autres, les couples aussi se trouvent à un moment où ils peuvent planifier une mobilité avec une installation plus stable.

Nous avons ainsi distingué deux niveaux de déterminants des choix, d'ordre privé. Le premier est assez « classique » et témoigne des priorités à court, moyen ou long terme, qui caractérisent ces étudiants, quelle que soit leur situation personnelle. Le second est un peu plus particulier et porte l'accent sur les couples d'étudiants en médecine, pour lesquels le destin est lié aux performances de chacun et où le compromis est parfois douloureux.

II.B.1.Vie professionnelle et vie privée : une alternative « classique »

Les facteurs que l'on pourrait qualifier de « privés » sont assez classiques pour une partie d'entre eux et il n'est pas nécessaire de s'y attarder. Cela ne signifie pas nécessairement qu'ils soient sans importance, bien au contraire, mais il est difficile d'en faire une spécificité de l'orientation des médecins. On peut alors citer, au premier plan, la situation familiale. En particulier, lorsqu'un étudiant est marié ou lié à un conjoint qui ne peut être mobile, *a fortiori* lorsqu'ils ont un ou des enfants, ses choix sont réduits par son absence de mobilité géographique. Mais ce facteur peut aussi jouer dans le sens inverse : un nombre non négligeable d'étudiants volontairement mobiles que nous avons rencontrés, désiraient rejoindre un conjoint dans une autre ville. Soit il s'agissait d'une personne qui était déjà installée ailleurs, soit il pouvait s'agir d'un(e) interne ayant passé le concours l'année précédente et ayant fait le choix de la mobilité. L'année suivante, son compagnon ou sa compagne tente alors de le rejoindre. On trouvera également des étudiants qui justifient leur immobilité par leur volonté de rester près de leur famille et/ou de leurs amis, tandis que d'autres suggèrent que l'internat est pour eux une occasion de s'en éloigner. En l'absence de capacité de mesures fiables de ces incidences, parfois contraires, on ne peut que constater leur existence, comme dans chaque procédure d'orientation. Ce que d'autres études ont montré cependant, c'est que le retard à l'installation conjugale qui caractérise les populations étudiantes aujourd'hui, et en particulier les étudiants en médecine (en particulier les filles), joue sans doute dans le sens d'une plus grande mobilité géographique.

L'autre thématique classique que l'on peut relever dans les discours des étudiants et leurs possibles motivations, c'est celle de la compatibilité entre une vie professionnelle et une vie familiale. Celle-ci pourtant se manifeste de plusieurs manières. Elle peut se dire à court terme : une orientation sera rejetée ou recherchée parce qu'elle implique, le temps de l'internat, trop ou peu de gardes, les horaires paraissent plus ou moins compatibles avec les projets immédiats de l'étudiant etc.

À plus long terme, on retrouve cette articulation de façon plus classique, mais parfois contradictoire. Tel étudiant va choisir l'anesthésie-réanimation pour le confort de vie, alors que les conditions d'exercice de cette spécialité peuvent être très contrastées en terme d'horaires et de confort. D'autres diront d'ailleurs ne pas vouloir la choisir à cause des conditions de travail… Il en est de même pour la médecine générale : présentée comme incompatible avec une vie familiale pour certains, elle correspond au contraire à une spécialité à la carte pour d'autres. Ces différences de points de vue peuvent être interprétées de multiples façons. Tous les étudiants disent savoir assez peu de choses sur les conditions concrètes d'exercice de la médecine, en dehors des disciplines hospitalières qu'ils ont fréquentées, et encore… Leurs connaissances sont donc en partie construites par « réputation » et en partie liées à leur milieu d'appartenance. La plupart des étudiants interrogés sur les conditions concrètes d'exercice des différentes spécialités médicales avancent l'exemple d'un proche (parents ou famille) pour illustrer leurs propos, dès qu'ils le peuvent. Une étudiante raconte la vie de son oncle généraliste pour expliquer qu'elle ne le fera pas si elle veut avoir une vie de famille, un autre parle de son chirurgien de père pour illustrer le rythme des gardes auquel il est soumis (et qu'il veut éviter).

On voit alors très clairement que le moment du choix d'une spécialité n'est pas seulement un choix professionnel, mais celui d'une projection dans un avenir social. Et c'est là que la

capacité à se penser médecin « dans la vie », est décisive. Une étudiante nous a dit : « mais en médecine, il n'y a que des représentations ! » pour signifier, en l'occurrence, le dédain dans lequel ses collègues parisiens tenaient les villes de province. Ce moment du choix est donc celui d'une différenciation sociale, où les cartes sont redistribuées, après la première sélection qu'était le concours du PCEM1.

II.B.2. Le choix des couples

Nous avons été alertés par des histoires de couples qui prenaient une allure dramatique au moment des choix. Ces histoires se déclinent de plusieurs manières. La première est celle d'un couple hétérogame : l'un est étudiant en médecine, l'autre non. Les choix du premier ne sont pas étrangers aux possibilités du second de « suivre » et cela constitue donc un premier cas de figure. La seconde déclinaison est celle d'un couple endogame où les deux conjoints sont candidats aux ECN la même année. La troisième est une variante : l'un passe les ECN avant l'autre.

Dans le premier cas de figure, nous avons rencontré un certain nombre de configurations au cours desquelles la mobilité des étudiants en médecine présentait un facteur favorable pour le rapprochement d'un conjoint. Ceci se joue évidemment à court terme, lorsque le conjoint non médecin n'habite pas la même région que l'étudiant en médecine. Les ECN sont alors l'occasion d'un rapprochement et du début d'une vie commune. Cependant, certaines stratégies se jouaient aussi à plus long terme, et il nous a semblé qu'elles concernaient surtout les filles. Plusieurs d'entre elles mentionnent en effet la possibilité pour elles de suivre plus tard leur conjoint dans ses mobilités, et la nécessité de choisir un type d'exercice qui permette ces mobilités. Nous y rencontrons un certain nombre de couples formés d'une femme médecin et d'un homme ingénieur et y voyons l'illustration d'un mouvement pressenti par l'orientation des femmes dans les études de médecine[21]. Il resterait fécond de mesurer cet effet et ses conséquences sur les orientations professionnelles liées à cette configuration conjugale, dont il nous semble qu'elles peuvent, déjà expliquer un certain nombre de « mobilités volontaires ».

Le second cas de figure est très complexe. En effet, il joue dans un sens comme dans l'autre, également pour les filles et pour les garçons. Un nombre non négligeable de couples se forment durant ces cinq ou six premières années d'études et les ECN se présentent comme une sorte de « grand jeu » où tout, soudainement, peut être remis en question. Deux camarades de promotion préparant et présentant ensemble les ECN ont très peu de chances d'être classés de façon proche, et donc d'avoir des choix semblables. En outre, ils n'ont déjà sans doute pas les mêmes désirs au départ. Le résultat des classements est donc un moment très délicat pour ces étudiants qui entament alors des négociations dont certaines semblent périlleuses. En effet, le premier classé risque fort de devoir accepter un déclassement pour permettre de poursuivre leur vie commune. Si l'un des deux veut faire de la médecine générale, cela pose moins de problème, mais dans le cas contraire, c'est particulièrement délicat. Il n'existe pas de système dérogatoire pour les choix de ces couples. On pourrait

[21] Les données concernant les couples de médecins montrent bien que la très grande majorité des femmes médecins vivent avec un « cadre supérieur », mais souvent un médecin. Ainsi, parmi les médecins en activité, 57 % des femmes vivent avec un « cadre supérieur », dont moins de la moitié (25 %) non-médecin. Il faut cependant tenir compte de l'effet de génération, car les jeunes femmes que nous étudions ici sont majoritaires en médecine, ce qui n'est pas le cas des médecins en exercice. Pascale BREUIL-GENIER et Daniel SICART, « La situation professionnelle des conjoints de médecins », Études et résultats DREES, n° 430, septembre 2005.

pourtant imaginer que le mieux classé pourrait être autorisé à choisir en même temps que son conjoint, ce qui leur permettrait de trouver une solution plus sûre. La seule possibilité légale qui leur reste, s'ils ont la chance d'être convoqués le même jour de choix, est la suivante : le mieux classé « passe son tour » en se faisant passer comme absent. Son choix simulé est alors pris en compte. Quand arrive le tour de son conjoint, il réapparaît et peut alors choisir parmi les places disponibles. Si, en revanche, il avait déjà fait un choix, il lui est interdit de revenir dessus ensuite, même si cela ne change rien a priori pour tous ceux qui sont passés entre les deux. L'exemple qui suit est illustratif de ce dilemme :

Paul et Sophie[22] ont préparé les ECN ensemble et sont dans la même fac depuis le début de leurs études. Ils sont classés assez proches l'un de l'autre et choisissent, à un peu plus de 300 places d'écart, le troisième jour. C'est un jour délicat parce que de nombreuses « dernières places » sont susceptibles de partir. Si l'on regarde leurs premiers vœux, ils concordent bien : l'un et l'autre demandent une spécialité médicale dans leur ville, du sud de la France. Elle, mieux classée, veut faire de la pneumologie, lui de la gastroentérologie. Lors des simulations, ni l'un ni l'autre n'obtient ce premier vœu. Leurs autres choix montrent bien le principe selon lequel ils raisonnent. Sophie saisit deux autres choix dans sa ville : gynécologie-obstétrique et anesthésie-réanimation. Paul demande spécialités médicales dans trois autres villes du sud, puis, sur les quatre villes, anesthésie-réanimation. Au fond, elle veut d'abord rester sur place, lui veut surtout faire de la gastroentérologie. Mais il n'obtient aucun de ses vœux en spécialité médicale dans le sud de la France. À la dernière simulation, ils sont tous les deux affectés dans leur ville d'origine : elle en gynécologie-obstétrique et lui en anesthésie-réanimation.
Ils arrivent dans l'amphi en se tenant la main, confiants et soudés : ils sont prêts à renoncer à leur premier choix et les simulations leur permettent, quand même, de rester ensemble. Mais les choses ne se déroulent pas comme prévu. Lorsque vient son tour, Sophie découvre qu'elle peut encore faire une spécialité médicale dans sa ville et qu'elle a toutes les chances de faire de la pneumo. Alors elle choisit cela, sachant qu'il ne restera sans doute plus de place lorsque Paul choisira mais qu'il restera sans doute avec elle faire de l'anesthésie-réanimation, comme prévu. Mais ils s'aperçoivent vite que Paul aura sans doute plus de choix qu'ils ne le pensaient. C'est alors qu'il réagit à nos questions : « si je suis stressé ? vous êtes sociologue… et bien, voilà, voilà comment décider de sa vie en deux heures. Il ne devrait pas rester de SM à X ni à Y (deux villes du Sud qu'il avait convoitées), mais il en reste. Et ma copine a déjà choisi. Alors là, c'est la crise. Ça se passe très mal ». *Pendant qu'il nous parle, Sophie lui tourne résolument le dos, décidée apparemment à ne pas intervenir. Paul désespère :* « le bordel, c'est que ça commence à plus suivre du tout les simulations. Je voudrais que ces postes soient pris, que je ne me retrouve pas dans cette situation. Elle ne veut pas entendre de SM ailleurs, elle dit que pour habiter ensemble, c'est impossible. J'aimerais qu'il ne reste plus rien dans le sud, quand ce sera à moi. » *Rapidement, Sophie va quitter l'amphi de garnison, laissant Paul seul devant sa décision. Il déambule durant les heures qui lui restent, souvent rivé à son portable, angoissé, incapable de décider. Quand vient son tour, il demande ce qu'il reste comme places de spécialités médicales « dans le nord ». Après avoir vu (il en reste, des places pourtant), il annonce son choix : anesthésie-réanimation dans sa ville d'origine. On peut supposer que ce qui s'est joué, en l'espace de quelques secondes, c'est l'alternative : je la quitte et du coup je pars loin faire ce que je veux, ou je reste avec elle. Cette fois, Sophie l'a emporté …*

On pourrait citer de nombreux exemples de tels dilemmes. Pour un autre couple, c'est un sacrifice inutile du mieux placé qui les désespère : alors que le premier rabaisse ses prétentions pour s'assurer d'être avec son conjoint, ce dernier découvre ensuite qu'ils auraient pu rester ensemble et faire, l'un et l'autre, ce qu'ils voulaient. Il est difficile de mesurer le nombre d'étudiants concernés par ce problème, mais il n'est sûrement pas négligeable et mériterait d'étudier des possibilités d'aménagement adéquates. En observant des étudiants du premier jour faire leurs choix, nous nous étonnions de la mine triste et déçue de certains d'entre eux qui, certes choisissaient une spécialité, mais préféraient une petite ville alors qu'eux-mêmes venaient d'une faculté plus prestigieuse. Ils/elles n'affichaient pas le franc sourire de la victoire et n'étaient pas soutenus par leurs camarades. Après avoir rencontré des

[22] Les prénoms donnés à ces étudiants sont totalement fictifs, bien entendu.

couples, nous ferions assez aisément l'hypothèse que ces déclassements « volontaires » sont le résultat d'un compromis de couple qui, évidemment, implique le sacrifice du « meilleur ».

Le troisième cas de figure est représenté par les étudiants en médecine d'années différentes. Nous en avons rencontrés plusieurs dans ce cas, et alors le privilège revient, évidemment, à celui qui passe le concours en premier.

Cette étudiante parisienne, très bien classée, part faire de l'anesthésie-réanimation à Limoges. Son choix peut étonner alors que la France entière lui tend les bras, et ce d'autant plus qu'elle semble ravie. Elle répond très volontiers à nos questions et explique son choix d'une façon très simple : son ami, qui a passé les ECN l'année dernière, est interne en chirurgie dans cette ville. Mais les choses n'ont pourtant pas été aussi rapides ni simples que cela. Elle dit avoir d'abord hésité entre Bordeaux et Toulouse, grandes villes équidistantes de Limoges[23]. Bien que parisienne, Limoges lui paraissait le bout du monde, elle se demandait même s'il y avait un hôpital, mais son copain lui a montré : il y a tout ce qu'il faut : un cinéma, un mooving, un promod, etc. Aujourd'hui, elle se présente comme une fervente adepte de la province ! Concernant les modalités de choix, elle soutient que « *la médecine, c'est surtout une question de représentation !* » et pense que les étudiants choisissent sur des réputations, éventuellement en téléphonant dans les services, mais que ça ne sert à rien parce que tous les services vont dire qu'ils sont bons, puisqu'ils veulent des internes. C'est parce qu'elle s'est rendue sur place, dit-elle, qu'elle s'est rendue compte qu'elle ne serait sans doute pas plus mal formée qu'ailleurs, et surtout son compagnon semble content de ce qu'il y apprend.

Il nous a semblé que les garçons comme les filles introduisaient largement dans leurs choix la situation de leur conjoint. On a vu, dans l'encadré ci-dessus, que cette prise en compte ne se faisait pas sans douleur parfois, mais qu'elle n'était pas réservée aux femmes. Cependant, les garçons avaient beaucoup moins tendance que les filles à invoquer cette raison devant nous. Souvent, les étudiantes annoncent qu'elles vont « rejoindre [leur] chéri » et cette raison leur suffit. Jamais un garçon ne s'est exprimé ainsi devant nous, annonçant un rapprochement de conjoint au milieu d'un ensemble d'explications plus « professionnelles ». S'il est évident que ces mobilités conjugales sont aujourd'hui réellement partagées au sein de cette population d'étudiants, leur reconnaissance reste encore beaucoup plus difficile à reconnaître chez les garçons. Et pourtant ces derniers ne rechignent pas à invoquer une vie privée préservée par un mode d'exercice de leur métier. De ce point de vue, il y a moins de « tabou » à invoquer des horaires réduits, un allégement des gardes, etc. pour ces futurs médecins qui ne semblent pas prêts à faire de leur métier un sacerdoce.

II.B.3. Le temps de la mobilité

En médecine, les aires géographiques se découpent en fonction des périodes. En principe, l'étudiant doit s'inscrire dans la faculté la plus proche de son lieu de baccalauréat. Mais les choses se compliquent lorsqu'il y a plusieurs facultés de médecine dans une même ville. Sur Paris, les critères d'inscription dans les facultés sont très obscurs et les étudiants ne savent pas toujours ce qui a déterminé leur affectation ici ou là. Mais une fois entrés dans une faculté, les étudiants s'y attachent durant les deux premiers cycles. En effet, alors que la mobilité étudiante est facile, d'une année sur l'autre, dans les autres disciplines, elle est presque impossible pour les étudiants en médecine. Pour changer d'université, ils doivent d'abord trouver un étudiant susceptible d'échanger leur place mais, surtout, ils doivent se « remettre à

[23] En fait, l'étude de ses vœux montre qu'elle avait entré dix choix : les cinq premiers en chirurgie et les cinq suivants en anesthésie-réanimation, à Limoges, Toulouse, Bordeaux, Paris et Nantes… Mais à ce niveau de classement, on voit bien que les vœux ne sont qu'une façon de simuler « pour soi » l'étendue de ses hésitations, puisque, quel que soit l'ordre dans lequel elle affiche ses vœux, elle est sûre d'obtenir le premier.

niveau » dans les programmes. Or, si ceux-ci sont nationaux dans leurs grandes lignes, l'alternance des matières enseignées, les pratiques propres à chaque université, les systèmes de choix de stage, etc., rendent très difficile la mise en équivalence de deux cursus inachevés. Ce n'est qu'au moment du troisième cycle que cette mobilité est devenue possible, mais ensuite, il n'y aura à nouveau plus de possibilité de mutation.

Les internes sont alors dans des positions très différentes, les uns des autres, selon la subdivision dans laquelle ils sont affectés, puisque l'aire géographique dont ils dépendent, en troisième cycle, est une subdivision et non une faculté. Dans la subdivision de Poitiers, par exemple, il n'y a qu'un hôpital, alors qu'il y en a une quarantaine en Ile-de-France. Cela entraîne des effets divers : les internes de Poitiers peuvent se loger au même endroit tout au long de leur internat, ils n'auront jamais de grandes distances à parcourir, alors que les internes parisiens peuvent se retrouver dans des hôpitaux de banlieue très éloignés les uns des autres et passer beaucoup de temps dans les transports, à l'issue de gardes fatigantes. En revanche, ces derniers sont sûrs de pouvoir apprendre leur spécialité dans des services différents, comparer des méthodes de travail, voire des pathologies variées, alors que, pour certaines spécialités en province, il n'y a qu'un seul lieu de stage possible pour les internes (qu'ils ont parfois déjà fréquenté plusieurs fois en tant qu'externe). La formation des internes n'est donc pas la même selon les subdivisions et, surtout, ils n'ont pas les moyens d'en changer au cours de leur internat, à l'exception d'un semestre qu'ils peuvent choisir en dehors de leur subdivision. Cette contrainte géographique incite de nombreux étudiants à changer de région au moment de l'internat. La mobilité volontaire est donc fréquente dès lors qu'il n'y a pas d'obstacles privés à celle-ci, étant donné les contraintes qui pèsent sur les étudiants avant et après l'internat.

Cet étudiant dijonnais se lève pour aller choisir. Ses copains sont étonnés d'entendre au micro : spécialités médicales à Nice. Mais qu'est-ce qui lui prend ? À son retour, ils l'interrogent et il leur répond : « Ben, j'ai fait de la plongée tout l'été donc, Dijon, je le sens plus. En plus, neuro, c'est pas trop demandé, je pourrais le faire. » Ses copains nous racontent ensuite qu'en fait, il ne pensait pas pouvoir choisir le sud, alors il a beaucoup bougé dans la simulation, et même dans les choix, il faisait anesthésie d'ailleurs, à un moment donné. Et puis ce matin, quand il est arrivé, il leur a dit : « ça y est, je vais à Dijon » et un quart d'heure plus tard, il prend Nice…

Il apparaît que certains étudiants voient la mobilité géographique comme un « lot de consolation ». C'est pourquoi la spécialité et le lieu entretiennent des liens particulièrement subtils. On peut rencontrer des situations contraires : certains veulent surtout rester chez eux s'ils ne font pas de spécialité, pour laquelle ils auraient volontiers bougé ; d'autres vont compenser la déception de la médecine générale par un environnement qu'ils espèrent plus agréable.

Cet étudiant lillois est déçu. Il ne pourra pas réaliser son rêve : faire de la chirurgie traumatologique. Mal classé l'année dernière, il a choisi de redoubler, en espérant faire ce qu'il voulait. En fait, s'il a gagné quelques places, il reste au-delà des 3 000 et il ne lui reste plus aucune place en chirurgie. Lors des simulations pourtant, il avait un espoir. Il avait rentré 21 vœux, tous en spécialités chirurgicales sauf deux, en médecine générale, à Lille et dans l'Océan Indien. Visiblement, il ne veut pas faire de la médecine générale à Paris. Il ne veut pas faire autre chose, il a fait un stage en psy cette année, un autre en traumato, c'est ça ou la médecine générale. Alors, tant qu'à faire, il décide de bouger, il préfère aller au soleil plutôt que d'être déçu à Lille, et il choisit MG dans l'Océan Indien.

L’assignation à résidence durant le troisième cycle n’est pas sans surprendre certains étudiants et peut, en effet, se révéler paradoxale. Dans un contexte où les densités médicales sur le territoire sont inégales, et où l’accent est mis sur l’uniformité et la qualité de la formation en troisième cycle, on peut s’étonner de cette rigidité très administrative. Cela contribue à renforcer l’opposition entre Paris et la province et, à l’intérieur de celle-ci entre grandes et petites subdivisions. Cette opposition recouvre en partie les classements à l’internat ce qui induit un effet de glissement : « premiers servis » dans les plus petites subdivisions, les candidats issus des grandes villes ou de l’Ile-de-France repoussent dans les marges les étudiants issus des petites facultés.

Le moment du passage en troisième cycle est donc un temps de changement, où les décisions entraînent une modification du mode de vie sur plusieurs années. Car sur le lieu, il n’existe pas de « droit au remords », la procédure de choix est telle que la localisation prévaut sur le reste. Mais il s’agit surtout d’un effet de procédure, puisque celle-ci a été pensée à partir du présupposé selon lequel les étudiants sont plus attachés à une localité qu’à une discipline. Aujourd’hui, la forte mobilité volontaire des étudiants, leur désir de sortir de leur environnement habituel, incitent à relativiser cet ordre des préférences. On peut même se demander dans quelle mesure cette procédure n’entrave pas certaines souplesses, dans la mesure où elle présuppose des comportements d’étudiants qui ne concordent pas avec ceux des nouvelles générations.

II.C. Les facteurs professionnels

Comme « facteur professionnel » on entend ici l’ensemble des justifications des choix qui se rapportent à l’exercice de la profession convoitée. Mais celle-ci peut prendre plusieurs formes puisque l’on peut choisir une spécialité parce que l’on y a fait un ou plusieurs stages et que l’on a eu à la pratiquer, parce que l’on a eu une bonne note dans la matière, sans jamais voir à quelle pratique elle se réfère, parce que cela permettra un exercice hospitalier ou, au contraire, en libéral, parce que l’on peut exercer à mi-temps, avoir des horaires fixes, éviter les corps, ne pas prendre de responsabilités, avoir du pouvoir, enseigner, faire de la recherche, etc. Les raisons invoquées sont très vastes et il est difficile d’en faire une liste exhaustive. Nous avons choisi ici de les rassembler en trois catégories, à partir, non pas de la nature même du choix, mais des mécanismes qui y président.

II.C.1. Choisir à l’aveugle

Un grand nombre d’étudiants, y compris lorsqu’ils ont un raisonnement bien structuré sur les raisons de leur choix, disent néanmoins qu’ils ne sont pas sûrs de bien savoir ce qu’ils choisissent, dans la réalité d’une pratique et d’un exercice. Le « droit au remords » est souvent invoqué, mais nous ne savons pas dans quelle mesure il est utilisé, sur le terrain. Dans la pratique, certaines subdivisions ne l’autorisent pas et les pénalisations en termes de choix de stage doivent en faire reculer plus d’un. Mais au moment du choix, c’est souvent une façon de se rassurer, puisqu’il s’agit, quand même, d’un avenir professionnel de long terme.
Nous avons parfois été étonnés de nous apercevoir que les étudiants arguaient de leur choix à partir de considérations de court terme : ambiance dans les services, rythme des gardes, modalités d’apprentissage etc. mais étaient moins bavards sur les conditions d’exercice des métiers auxquels ils se préparaient. Parfois même, ils étaient mal informés, mais ne cherchaient visiblement pas toujours à l’être : s’ils avaient pris des contacts pour se

renseigner, c’était plus souvent auprès d’internes de la spécialité que de médecins en exercice. Souvent donc, ils reconnaissaient choisir « à l’aveugle », à partir d’images floues, d’avis des proches, en particulier pour ceux qui ne connaissent pas de médecins personnellement. Ceux-ci avouent souvent ne pas savoir vraiment vers quoi ils s’engagent.

Certains étudiants affirment même avoir été déçus par l’ensemble de leurs stages et choisissent expressément une spécialité dans une discipline qu’ils n’ont pas encore rencontrée et dont ils gardent encore une assez bonne image. Nous avons d’ailleurs été étonnés du nombre relativement élevé d’étudiants qui n’étaient pas passés dans un stage correspondant à leur choix, alors que d’autres ont visiblement orienté toutes leurs études vers une spécialité particulière, qu’ils visaient de longue date. Une étudiante, par exemple, hésitant entre l’ORL et une spécialité médicale, a passé quelques jours entre les résultats des ECN et le choix dans un service d’ORL pour voir de quoi il s’agissait et en est sortie fort déçue. Ces passages rapides avant de choisir témoignent que les étudiants ont le sentiment d’avoir peu d’éléments pour mesurer les conséquences de leur décision. Ils savent que le droit au remords est aléatoire et souvent aussi, ils n’ont pas envie de prolonger trop longtemps leur formation par une réorientation.

Enfin, devant ces incertitudes, pour un grand nombre d’étudiants, ce sont les conditions associées à la pratique qui vont prévaloir, en tout cas ce qu’ils en imaginent. Niveau de revenus, modes de vie, environnement professionnel, degré de stress ou de risque, sont autant de justifications qui ne portent pas directement sur la matière en elle-même, qui est souvent alors presque inconnue. C’est aussi ce qui permet de comprendre que des étudiants peuvent choisir des « spécialités médicales » sans vraiment savoir laquelle ils veulent faire. Ils savent souvent ce qu’ils « n’aiment pas », ils savent aussi qu’ils ne veulent pas faire de la médecine générale (ou de la chirurgie), mais ils n’ont aucune idée de ce que représente un exercice particulier. Ils choisissent clairement un mode de vie avant une discipline et tendent alors à citer un ensemble de spécialités qu’ils jugent relativement neutres et qu’ils décrivent comme permettant de « faire de tout », ce qui signifie souvent à la fois des pathologies lourdes et des pathologies légères. C’est ce que l’on dit, par exemple de la dermatologie : pathologies cancéreuses et industrie cosmétique représentent des « débouchés » vastes ; ou l’anesthésie réanimation où on peut se retrouver au SAMU, « sur le front » ou plus tranquille dans une petite clinique.

L’impression d’inconnu est d’autant plus forte que les étudiants choisissent des spécialités pour lesquelles il n’existe quasiment pas de stage durant leur deuxième cycle. C’est évidemment le cas pour la médecine générale et certains disent y aller totalement « dans le brouillard ». Mais c’est encore plus vrai pour la médecine du travail ou la santé publique. Ces deux spécialités sont totalement inconnues pour la plupart des étudiants, même si on en trouve quelques-uns qui les choisissent volontairement. Le plus souvent, ces choix sont clairement des évitements de la médecine générale, ou des façons de se ménager le dépit de ne pas pouvoir se spécialiser. C’est bien souvent le cas de ceux qui redoublent pour pouvoir être mieux classés et qui se retrouvent sans vraiment d’autres choix. La santé publique ou la médecine du travail représentent alors une possibilité de ne pas partir « bredouille », et au moins d’éviter ce que parfois, une année stressante comme interne de médecine générale a laissé supposer de pénible pour la suite. La psychiatrie, curieusement, peut aussi représenter une alternative relativement méconnue. Parmi les spécialités de dernier recours, elle est la seule à ménager l’image prescriptive du médecin.

Cette étudiante toulousaine espérait faire de la pneumologie. Elle choisit le troisième jour et espère pouvoir faire une spécialité médicale. Lors des simulations, elle avait rentré douze vœux : les six premiers étaient spécialités médicales, d'abord dans Paris, puis Toulouse, puis quatre autres grandes villes. Ensuite, ses six autres vœux étaient la médecine générale à Toulouse et cinq autres grandes villes. On note ainsi que, pour les spécialités médicales, Paris vient en tête, mais s'il faut faire de la médecine générale, elle préfère rester chez elle. Lors de la simulation, elle obtenait son dernier vœu en spécialités médicales à Strasbourg. Son ami est aussi en médecine et il passera les ECN l'année prochaine. Au moment de choisir, elle n'arrive pas tout de suite à l'annonce de son nom, il a fallu l'attendre. En fait, elle ne peut plus faire de spécialités médicales dans les villes qu'elle convoitait et choisit finalement médecine générale à Toulouse. Elle est déçue et raconte : « *C'est dur. On investit dans un concours et c'est dur de choisir comme ça. On est lâché comme ça. On nous a jamais parlé des choix, même généraliste, on n'a fait aucun stage de généraliste. En plus, à Toulouse, ils ne veulent pas qu'on redouble la sixième année pour passer le concours. Le stage est validé d'office. Moi, je voulais faire une spécialité, de la pneumo, ça m'intéressait. Mais en fait, j'ai vu un moment que je pouvais aller à Montpellier, il en restait, mais non… Et puis je sais pas trop si ça me plairait tout le temps. Alors en fait, médecine générale à Toulouse, je reste chez moi. Je préfère ça à pas être sûre de faire la spécialité que je veux. C'est mal fait. Ils devraient faire plusieurs amphis en France, avec des vidéos conférences. Ca sert à rien d'être tous là. Si on veut se parler, on peut le faire sur Internet. Pour moi ça a été dur de choisir. Pendant deux heures ce matin, j'ai hésité. En fait, j'ai choisi dans l'allée en allant à l'appel. Ce qui est mal fait, c'est qu'on n'a que les interrégions, pas les villes. Alors on se rend pas compte. Moi, j'ai compris ce matin que j'aurais pas spémed à Toulouse. Sur la simulation, je pouvais* » (Non, mais bon…)

II.C.2. Choisir pour ne pas soigner

Dans les précédents travaux que nous avons réalisés, nous avons pu constater que le choix d'entamer des études de médecine ne correspondait pas toujours à un désir d'être médecin. En particulier, la volonté de soigner, d'être en contact avec des malades, d'approcher et de soulager des corps (ou des esprits) souffrants, peut être occultée par des étudiants qui sont surtout attirés par la matière scientifique, voire par le challenge que représente le concours. Les réalités de l'exercice médical leur apparaissent ensuite, en particulier lors des stages, où certains découvrent un intérêt qu'ils ne soupçonnaient pas mais où d'autres s'aperçoivent qu'ils n'ont aucune appétence pour le soin.

Les étudiants qui se trouvent dans ce cas éprouvent parfois quelques réticences à avouer leur rejet du soin, parfois même leur dégoût des corps malades. Ce sont eux qui apportent, en premier lieu, des argumentaires de leur choix parés de toutes les images communes : la médecine générale pour les nuls, la chirurgie pour les ambitieux, etc. Mais leurs craintes peuvent prendre d'autres formes : la peur de l'échec et des responsabilités qui leur incombent est forte et leur est enseignée tôt dans leur parcours. Ils se retrouvent ainsi parfois dans une position relativement immature au moment de choisir un métier pour lequel, soit ils n'ont aucun goût, soit ils craignent de ne pas pouvoir bien le faire. Nous reviendrons d'ailleurs plus loin sur cette peur de l'erreur et le poids des responsabilités qui semble parfois très lourd à ces étudiants.

Dans ce contexte, les alternatives sont peu nombreuses. Pour les mieux classés, il leur est possible de trouver une spécialité qui met à distance l'intervention clinique directe. La radiologie tient une place importante dans ce cadre, même si nous ne pouvons pas dire que tous les radiologues choisissent cette spécialité parce qu'elle leur permet de mettre à distance les corps. Mais il nous a semblé que cela pouvait être une forte motivation, qui s'accompagne de conditions de travail confortables et de revenus élevés. D'ailleurs, pour les autres, ceux qui cherchent à pratiquer une médecine qui fait la part belle à la clinique, les radiologues ne sont pas vraiment des médecins, et les radiologues ne leur disputent pas cette qualité. Il serait à ce

niveau intéressant de voir dans quelle mesure la radiologie, qui est une sous-spécialité assez recherchée, est associée ou, au contraire, exclusive, d'autres spécialités, plus proches des corps. D'autres étudiants choisissent de s'éloigner encore plus des malades en optant pour des spécialités qui leur permettent, à la limite, de ne pas en rencontrer, comme ce peut être le cas en biologie médicale ou en anapathologie. Les moins bien classés choisiront parmi les moins côtées : santé publique ou, au pire, médecine du travail. Dans la plupart des cas, ces étudiants éviteront, autant qu'ils le pourront, la médecine générale, dont ils parlent avec un mépris qui n'a d'égal que leur peur d'avoir à la pratiquer.

Mireille est redoublante. Elle a invalidé son année l'année dernière parce qu'elle « *n'avait rien* ». Elle dit qu'elle n'avait pas travaillé donc elle savait qu'en travaillant elle aurait quelque chose, sinon elle n'aurait pas pris le risque de refaire une année. Son choix de radio est venu en cours d'études. Elle parle de la découverte des « clichés » qu'elle a trouvés passionnant, quasiment beau : « *j'ai trouvé ça super, technique et tout, j'ai toujours voulu faire ça ensuite* ». Pourtant, il y a d'autres spécialités, n'aurait-elle pas voulu faire… dermato ? « *Non, y'a des boutons, faut toucher, c'est dégueulasse* » ; gynéco ? « *Faut mettre les mains dedans, faut déjà le vouloir, ah non merci* » ; pneumo ? « *Ca tousse, ça crache, c'est dégoûtant* ». Et d'elle-même, elle embraye en disant : « *c'est sûr hein, je cherche à m'éloigner du corps, je supporte pas.* » De même la chirurgie est pour elle quelque chose d'insupportable, elle a détesté son passage au bloc. Au pire, elle aurait fait biologie médicale et n'importe quelle spécialité qui met le corps à distance et aurait pris médecine du travail ou santé publique plutôt que médecine générale si elle n'avait plus eu que ce choix.
Avant de reconnaître cette difficulté très personnelle, elle tient, avec sa copine, un discours très convenu sur le refus de la médecine générale : « *c'est ce qu'il y a de plus dur, c'est très difficile, il faut être très bon, et comme c'est difficile d'être très bon, la plupart des généralistes sont mauvais, et moi je ne saurais pas être très bonne et je serais donc mauvaise et je ne veux pas venir grossir les rangs des généralistes mauvais, il y en a déjà bien assez* ». La copine renchérit : « *combien on nous a dit déjà ? Il faut lire au moins 20 articles par jour pour rester performant en médecine générale, c'est impossible ! Moi, j'y arriverai pas ! C'est trop compliqué aujourd'hui, on ne peut plus être bons quand on fait de la médecine générale, il vaut mieux se spécialiser et être vraiment performant* ». Mireille reprend : « *il y en a peut-être qui s'en sentent capables, ou que ça dérange pas d'être mauvais, mais moi je veux pas* ». Là, les deux sont d'accord apparemment, mais on voit bien qu'elles ont peur, surtout Mireille qui stigmatise sa propre incompétence (approcher un corps) en la rapportant à celle du généraliste, forcément « incompétent ». À se demander si le « savoir », la « connaissance », la « performance » ne sont pas ressentis par ces étudiantes comme un bouclier contre l'angoisse que représente l'approche du corps. Ne pas savoir semble être ce qu'il y a de plus inquiétant.

II.C.3. Choisir une matière

Nous avons vu que les étudiants parlaient peu du métier qu'ils allaient pratiquer, mais qu'ils étaient plus attentifs aux conditions dans lesquelles il s'apprenait. Leur choix peut ainsi être dicté essentiellement par la « matière », en particulier lorsqu'ils ont obtenu de bons résultats à un certificat d'enseignement. Ils en gardent une image très abstraite et souvent intellectualisée, mais qui contribue à les rassurer quant à leur capacité à « être bon » dans ce domaine.

On trouve plusieurs cas de figure allant dans ce sens, qui se présentent sous plusieurs formes qui ont toutes le point commun de traduire des expériences ayant valorisé l'étudiant, à un moment ou à un autre. Pour certains, cela se limite à une « bonne note » dans une matière, sans pour cela qu'il semble que l'étudiant ait particulièrement apprécié l'apprentissage de cette matière. Cela pourrait être assimilé à une désignation devant une incertitude importante, comme si c'était l'autre (le prof, en l'occurrence) qui lui désignait une « vocation ». Ce cas de figure peut aussi se retrouver dans un stage. En dehors de la spécificité d'une spécialité, du type de malades et de pathologies rencontrées, c'est un interne, un chef de clinique ou un patron qui a fait savoir à l'étudiant qu'il pouvait être « bon », tout simplement parce qu'il l'a

valorisé à un moment donné, dans son activité d'externe. C'est l'image qui leur est renvoyée, sur une copie ou au cours d'un stage, qui les place, en quelque sorte, à cet endroit particulier de la médecine. L'étudiant apparaît relativement passif, il semble presque plus avoir été choisi que choisir lui-même, et construit son projet autour de cette « vocation ».

D'autres étudiants expliquent leur choix en des termes plus affectifs, qui s'appliquent, non pas à un type de malades ou de soignants, mais à un organe. Il est fréquent que le cœur suscite des sentiments « nobles », mais il peut en être tout autant d'autres organes : la main, l'œil, l'appareil digestif etc. Ils « aiment » cela et ne l'expliquent pas de façon rationnelle. Parfois ils n'ont pas fait de stage dans la discipline convoitée et on ne sait pas vraiment quelle idée ils peuvent avoir du métier associé à cette discipline. Lorsqu'ils parlent d'autres disciplines d'ailleurs, ils utilisent souvent des termes affectifs et esthétiques pour en parler : c'est « beau », voire « joli » ou « affreux », « dégoûtant », etc. Ce que manifestent ces étudiants, c'est qu'ils ont une vision parcellisée du corps et qu'ils choisissent une spécialité comme on en choisit un bout, comme ils l'ont étudié, morceau par morceau.

Krystel est une jeune fille fluette, qui s'exprime avec modestie. Elle a suivi son cursus de médecine à Paris et a choisi d'aller faire de la chirurgie à Lille. Elle va y rejoindre son compagnon qui n'est pas médecin. Elle s'est fixée sur son choix il y a environ six mois et c'est la matière qui en est le mobile décisif : « je suis bonne dans l'œil ! ». Après la connaissance de son classement, elle a compris que son vœu pourrait sans doute se réaliser : ophtalmologie ou ORL. En cas d'impossibilité de ces deux sous-spécialités, elle pense passer à la médecine générale. Elle n'a jamais fait de stage en chirurgie, mais elle s'estime au fait du contenu de ces spécialités et répète comme argument : « j'aime l'œil ». Surtout, elle pense qu'il s'agit de pratiques conciliables avec une « qualité de la vie », parce qu'elle pourra s'installer en cabinet et choisir ses horaires. Selon elle, c'est bien rémunéré mais elle précise que « de toutes façons, en médecine on vit bien ! » et elle est sûre que le marché du travail est très ouvert pour ces deux chirurgies dans le nord. Krystel insiste sur la qualité de la relation avec le malade, sur la difficulté de départager des gens en si peu de points et pour elle, le pire aurait été d'aller en anapath ou en biologie médicale.

II.C.4. Choisir des malades

À l'opposé de ces étudiants qui choisissent un morceau du corps humain, d'autres vont au contraire choisir des malades. La pathologie en elle-même importe moins que le type de malades qu'ils auront à soigner. Ainsi, le choix des enfants revient souvent, mais pas nécessairement par la pédiatrie : on peut vouloir travailler avec des enfants en médecine générale, en cancérologie, en gynécologie obstétrique, en chirurgie, etc. Certains cherchent à combiner plusieurs choses : « *ça existe, la cardiologie pour les enfants ?* ». Pour les femmes ou les personnes âgées, c'est beaucoup moins évident. Une étudiante a dit vouloir faire de la gériatrie et elle a récolté des réactions hostiles dans la salle. Cela peut interpeller lorsque l'on sait que la clientèle des cardiologues est principalement composée de personnes âgées, ce qui tend à confirmer que ce choix n'est pas en relation avec les malades et la pratique concrète de cette spécialité. De même, la gynécologie médicale a été choisie assez tardivement, parmi les spécialités. Cette majorité de femmes ne veut à l'évidence pas se cantonner dans un public de femmes, ou du moins ne l'annonce pas ainsi. Il n'y a pas de militantisme féministe chez nos interviewées qui, nous l'avons déjà constaté, ne se présentent pas comme des pionnières mais plutôt comme des femmes relativement traditionnelles, qui n'hésitent pas à mettre en avant leur vie de famille et ne cherchent pas particulièrement à défendre une cause féminine.

Derrière les spécialités, il y a aussi différents types de malades : un étudiant veut faire de l'oncologie parce qu'il veut rencontrer des « vrais » malades, un autre dit vouloir faire de la

dermatologie parce que l’on rencontre « toutes sortes de malades », très ou peu atteints ; souvent les étudiants justifient d’un choix de médecine générale pour pouvoir avoir une clientèle variée. Sur un autre versant, des étudiants parlent de leur volonté de travailler à l’hôpital pour rencontrer des malades d’origines sociales diverses, d’autres préféreraient travailler en libéral ou en clinique pour « choisir leur clientèle ». À travers le choix des malades, c’est surtout le médecin qu’ils seront qui apparaît, ainsi que leur vision de la médecine et de sa pratique.

Ces différentes manières de choisir, qu’elles soient professionnelles, privées ou liées à la procédure, se combinent pour orienter les étudiants vers des choix premiers, sur lesquels il nous faut nous arrêter, puisqu’ils semblent cliver assez significativement les différentes populations d’étudiants et poser les bases d’un paysage professionnel dont les frontières ne sont pas aussi évidentes que le laisse croire la procédure.

Troisième partie : La construction d’un paysage professionnel

Nous avons eu l’occasion, à propos de la réforme de l’internat de 1982[24], de montrer que les modifications de procédures de choix contribuaient à remodeler les structures professionnelles au sein du corps médical. Il est trop tôt pour mesurer l’effet des ECN, mais ces observations montrent cependant des évolutions qui nous semblent devoir être étudiées de près.

Tout d’abord, on repère évidemment les grands clivages et nous les reproduirons dans notre analyse : médecine générale/médecine spécialisée, médecine/chirurgie. Ceci dit, et avant d’aller plus loin dans ces oppositions, il semble que les procédures existantes jusqu’ici ont occulté d’autres oppositions, qui pourraient apparaître de façon plus évidente à l’avenir.

Avant l’internat de spécialité, les chemins des étudiants en médecine commençaient à se séparer avec la préparation à l’internat. Les futurs chirurgiens étaient obligés d’y passer, les futurs spécialistes de médecine pas toujours, les futurs psychiatres suivaient leur propre chemin. D’autres attendaient les derniers moments et quelques expériences pour se décider à faire ou non une spécialité médicale par CES. Les catégories professionnelles créées par le système étaient celles des hospitaliers, des chirurgiens, des médecins, spécialistes et généralistes. Le système de l’internat de spécialité avait séparé complètement les spécialistes et les généralistes, contribuant à une vision duale du corps médical. Ceux qui préparaient l’internat ne savaient pas à l’avance ce qu’ils pourraient obtenir, mais ils visaient une spécialité, et ceux qui ne le préparaient pas étaient assurés de faire de la médecine générale. Les choses aujourd’hui ont bougé : même si les moins bien classés font toujours de la médecine générale, on peut préférer faire de la médecine générale à une autre spécialité si l’on n’obtient pas celle que l’on visait. Si les hiérarchies ne sont pas bouleversées, il reste cependant que les frontières entre les disciplines peuvent se déplacer selon les clivages imposés par la procédure. S’il est difficile, de façon uniquement exploratoire, d’avancer des faits précis, il est probable que les données dont nous disposons et qui vont évoluer dans les années à venir, devraient permettre de tester cette hypothèse, et de mieux mesurer l’impact des changements de procédure sur la structuration du champ médical. Que certains étudiants posent comme choix alternatif à une spécialité chirurgicale la médecine générale et non une spécialité médicale par exemple, montre que les représentations se structurent différemment, même si le « souvenir » de l’ancien système est très présent et conduit d’autres étudiants à prendre une spécialité « à tout prix », ne serait-ce que pour récompenser un classement honorable.

Étudier un peu plus finement ce qui caractérise les choix de la médecine générale ou différencie les spécialités médicales des spécialités chirurgicales correspond aux grands clivages « classiques » du corps médical. Cependant, il nous est apparu que les choses n’étaient pas aussi figées ni prédéterminées qu’elles n’apparaissaient au premier abord, et même que les résultats globaux le laissaient croire. C’est pourquoi il nous a semblé important de souligner les paradoxes qui traversent ces clivages. Médecine générale et les déclinaisons des médecines spécialisées constituent nos deux premières parties. Dans un troisième temps,

[24] « La réforme de l'internat de médecine et ses effets sur les choix professionnels des médecins », programme INSERM/CNRS/MIRE 98, responsable scientifique : AC Hardy-Dubernet, collaborations : Michel Arliaud, Chantal Horellou-Lafarge, Fabienne Le Roy, Marie-Anne Blanc, novembre 20010.

nous avons voulu approfondir une filière particulière : l'anesthésie-réanimation. Cet exemple permet de sortir des généralités professionnelles pour s'intéresser à un métier avec ses contenus et modes d'exercice particulier. De ce point de vue, l'anesthésie-réanimation présente des caractéristiques intéressantes : médecine repérée par l'urgence, elle peut être définie comme une médecine générale d'urgence ; jonglant avec des produits pharmacologiques complexes, elle peut être présentée aussi comme une spécialité médicale de pointe ; pratiquée en grande partie dans les blocs opératoires, elle est facilement comparée à la chirurgie. Cette spécialité définie dans un « entre-deux » (« entre-trois » ?) connaît en outre, un succès grandissant qui mérite que l'on s'interroge sur ses facteurs de séduction.

III.A. L'image paradoxale de la médecine générale

On parle beaucoup de la dévalorisation de la médecine générale. Les réformes successives tentent, depuis trente ans, d'y remédier et échouent chacune un peu plus que la précédente. Dans les faits, les ECN sont organisées de telle manière que les premiers à souffrir sont les généralistes, dont les places ne sont même plus conservées. L'hypocrisie est à son comble lorsque des places de médecine générale, que l'on sait ne pas pouvoir remplir, sont rajoutées pour rétablir un équilibre en faveur des chirurgiens ou des psychiatres. Aujourd'hui, les postes non pourvus le sont en médecine générale et, étant donné la façon dont les étudiants apprennent la valeur des matières qu'on leur enseigne, il est évident que tout est fait pour que la médecine générale soit de plus en plus dévalorisée : ses places sont tellement peu chères qu'elles sont inoccupées.

Il nous est pourtant apparu que, sous cette dévalorisation massive et essentiellement symbolique, opéraient plusieurs phénomènes, et que nous pourrions tenter d'esquisser des hypothèses explicatives de cette « dévalorisation ».

- Le premier est lié à la notion de « difficulté ». Il est un paradoxe édifiant dans ce système : plus une spécialité est réputée « facile », plus elle est « difficile » à obtenir, et semble réservée aux « meilleurs ». Ainsi, l'accès n'est pas en rapport avec la matière. C'est en tout cas l'image qu'en ont les étudiants, et qu'ils évoquent de façon très consensuelle. La médecine générale, de l'avis d'une bonne partie d'entre eux, est la médecine la plus difficile qui soit. À l'exception de quelques-uns qui n'y voient qu'une bobologie « pour les nuls », la plupart des étudiants que nous avons rencontrés ont une conscience très forte de la difficulté de cette médecine très polyvalente. Et cette idée est directement associée à la nécessité de « tout savoir ». Lorsqu'ils apprennent le programme de l'internat, comme lorsqu'ils répondent à leur QCM, la qualité médicale semble se définir par la capacité à mémoriser une somme importante de connaissances. La médecine générale est donc une médecine pour laquelle il faut tout savoir sur tout. Certains étudiants semblent bien renseignés, quand ils affirment que « pour être un généraliste compétent, il faut lire entre 10 et 15 articles par jour ». Ce qui signifie, pour ces étudiants, continuer tous les jours à apprendre comme lorsqu'ils préparent un examen ou un concours, être continuellement « sur la brèche », et tout cela pour se voir reprocher la moindre erreur, avoir peur de se tromper et moins bien gagner sa vie que leurs collègues. La conclusion qu'un bon nombre en tirent est qu'il n'est pas tenable de vouloir une telle vie et qu'ils ne seront donc jamais de « bons » généralistes. De là, évidemment, le raisonnement poussé à son comble conduit à affirmer que la plupart des généralistes sont mauvais, parce qu'ils n'ont pas la possibilité d'acquérir toutes les compétences nécessaires à leur exercice. À ce sujet, il est intéressant de constater que les spécialistes en médecine interne

jouissent de la réputation contraire, basée sur le même raisonnement : c'est aussi une spécialité qui nécessite d'être très bon partout, donc ceux qui le choisissent sont les « meilleurs ». CQFD. Il faut reconnaître que les hiérarchies ne sont plus les mêmes : les généralistes adressent au spécialiste ou à l'hôpital les malades lorsque leur pathologie dépasse leurs compétences (donc lorsqu'ils font part de leur impuissance), alors que les internistes sont sollicités lorsque leurs collègues hospitaliers, y compris spécialistes, sont dépassés. Mais on se place alors sur un autre registre, celui de la « puissance d'intervention » du médecin. Pour en finir avec cette question de la « difficulté », nous avons constaté qu'un bon nombre d'étudiants justifiaient leur choix par la facilité qu'ils supposaient de leur exercice futur : la complexité d'une spécialité se mesure au volume des connaissances à apprendre à l'occasion du certificat correspondant et de la diversité des gestes accomplis dans les services.

Ce n'est donc pas un moindre paradoxe que de constater que les étudiants les mieux reçus au concours (les « meilleurs » au sens scolaire du terme) s'apprêtent à pratiquer les médecines réputées les plus « faciles ».

- À côté de cette crainte paradoxale de la « difficulté », on trouve la crainte évidente d'être considéré comme un « mauvais », ainsi que les seniors désignent leurs confrères omnipraticiens dans les hôpitaux. Nous ferions cependant volontiers l'hypothèse que l'élite hospitalo-universitaire des générations précédentes applique des modèles de jugement sur lesquels ces jeunes étudiants ne fonctionnent que partiellement. L'exemple de la médecine générale est très éclairant : les jugements sont très négatifs, les pressions semblent très fortes dans les services, mais la plupart des étudiants les dénoncent. Cela concerne aussi des étudiants originaires du milieu médical, qui ont pourtant tendance à reproduire plus fortement que les autres les hiérarchies déjà en place. Ainsi, certains arguments viennent s'opposer efficacement à ces images préconstruites. En particulier, la formation hospitalière qu'ils ont suivie encourage les étudiants à refuser un monde médical hiérarchisé et souvent qualifié « d'inhumain ». Les conditions de travail aussi, peuvent plaider en faveur d'une pratique générale : choix des lieux d'exercice, de sa clientèle, et même de ses horaires et de sa quotité de temps. Même si les choses ne sont pas aussi évidentes dans la pratique, la médecine générale propose aujourd'hui deux modèles qui s'opposent : celui du médecin de famille toujours disponible et celui du médecin en cabinet de groupe qui organise son emploi du temps pour s'autoriser d'autres activités. Un des signes de cette évolution n'est pas dans les arguments choisis par ceux qui optent pour la médecine générale, mais dans ceux avancés par les futurs spécialistes. Un bon nombre d'entre eux ne voient pas la nécessité de dénigrer la médecine générale et s'ils ne la choisissent pas, ils avancent plutôt des arguments liés à l'inconnu que cela représente pour eux, ou le fait que, tout simplement, ils peuvent faire autre chose. La pression collective agit [puisqu'il faut « du courage » pour s'y opposer], mais elle n'apparaît pas toujours totalement légitime ni bien fondée.
- Enfin, la médecine générale prend place sur une échelle qui situe les disciplines selon le degré de médecine qu'elles contiennent. Entendons ici sous le terme de « médecine », l'activité clinique et thérapeutique. Il y a les médecins et les autres et la médecine générale est considérée, pour les étudiants qui veulent « faire de la médecine » comme une « vraie » médecine, y compris pour les futurs spécialistes. À la limite, on pourrait presque dire qu'elle souffre presque d'un « trop plein » de médecine, comme si elle condensait toutes les connaissances apprises, et tous les services visités. De ce point de vue, l'opposition entre la médecine et la chirurgie semble encore bien active et à une époque où le généraliste fait de

moins en moins de gestes techniques et doit peu intervenir dans l'urgence, l'omnipratique devient une spécialité très « médicale » où les actes intrusifs peuvent être évités.

De ces images très floues, on voit cependant se dessiner un portrait de la médecine générale, nouvelle spécialité, qui navigue entre « rien de ce que l'on connaît » et « tout ce que l'on a fait ». Le « général » s'apparente souvent à un « tout » dès lors qu'il est associé à « on voit un peu de tout », « on n'est pas spécialisé sur un organe », « on a tout type de clientèle » etc. ou à un « rien » si cela ne correspond à aucune expérience théorique ou pratique. Mais la « spécialité » de la médecine générale n'existe pas pour les étudiants, puisqu'ils n'apprennent que des spécialités et que parmi celles-ci, il n'y a pas de médecine générale. On peut alors se demander comment cette discipline pourra s'imposer comme une spécialité « à part entière » tant qu'elle ne restera que coquille vide dans l'enseignement et qu'elle tentera de ne pas s'affirmer comme « la somme de tout le reste » ou comme « rien à voir avec le reste ». Il suffit aussi d'entendre les arguments utilisés par les étudiants pour comparer les spécialités pour s'apercevoir que l'hyperspécialisation n'est plus vraiment considérée comme une hypercompétence, mais plutôt comme une sécurité dont le risque associé est l'ennui et la routinisation.

Enfin, le tableau que nous reproduisons ci-après montre des comportements sexués face au choix de la médecine générale, qui contribuent à alimenter l'hypothèse d'une évolution des hiérarchies de choix. À partir du moment où elles peuvent choisir de la médecine spécialisée, les femmes ne s'en privent pas et leurs bons résultats en 2005 tendent à les faire devenir majoritaires parmi les spécialistes médicaux. Mais ce sont aussi celles qui, très bien classées, choisissent volontairement l'exercice de la médecine générale, tant en 2004 qu'en 2005. Alors qu'en 2004, les filles restaient sur-représentées parmi les généralistes, elles sont aujourd'hui présentes dans des proportions similaires à l'ensemble des candidats affectés. Ceci est dû à plusieurs phénomènes qui se combinent et apparaîtraient contradictoires si l'on en restait à une vision hiérarchique classique des choix étudiants. En effet, la très bonne réussite des filles en 2005 et leur occupation des spécialités chirurgicales tendraient à les sous-représenter parmi les futurs généralistes. Or, ce sont aussi plus souvent les filles que les garçons qui choisissent positivement la médecine générale, alors même qu'elles ont le choix de se spécialiser. Parmi les 44 étudiants classés dans les 1 000 premiers et ayant choisi la médecine générale, on trouve 39 filles. Mais en données relatives, le nombre d'étudiants choisissant la médecine générale à ce niveau de classement a baissé entre les deux années des ECN : il est passé de 8 à 6 % chez les filles et de 2 à 1 % chez les garçons. Le système, qui visait à « revaloriser » la médecine générale semble donc encourager un mouvement contraire, alors même que des signes montrent que cette médecine générale n'est pas, sur le fond, aussi dévalorisée que l'on pourrait le croire.

III.B. Entre médecine et chirurgie…

Il n'existe plus de filières spécifiques à la chirurgie et la médecine, mais deux « paquets » globaux et quelques disciplines distinctes. Si l'on a pu constater qu'en 2005, les postes de chirurgie sont partis plus tardivement que les postes de médecine spécialisée, c'est principalement dû à deux facteurs : un nombre de postes de chirurgie augmenté et une réussite supérieure des filles sur l'ensemble du classement. On peut alors comparer les choix de filières des filles et des garçons selon le rang de classement, repéré par tranches de 1 000.

Rang	2004					2005				
	<1 000	<2000	<3000	<4000	Ens	<1 000	<2000	<3000	<4000	Ens
% F MG	83	77	65	50	62	89	75	67	48	58
% H MG	17	23	35	50	38	11	25	33	52	42
% F Sp.Méd	58	58	58	-	58	66	61	33	-	64
% H Sp.Méd	42	42	42	-	42	34	39	67	-	36
% F Sp.Chir	33	27	24	-	29	41	35	33	29	36
% H Sp.Chir	67	73	76	-	71	59	65	67	71	64
% F ens	58	61	60	48	57	65	60	58	47	57
% H ens	42	39	40	52	43	35	40	42	53	43

On constate que la féminisation de l'ensemble est la même sur les deux années : 57 % de filles. En revanche, les répartitions dans les spécialités sont différentes : les étudiants ayant choisi la filière « spécialités médicales » comptent 64 % de filles en 2005 contre 58 % en 2004 et l'augmentation est encore plus forte pour les « spécialités chirurgicales » : 36 % au lieu de 29 %. On peut avancer un certain nombre d'hypothèses explicatives des variations du tableau précédent, qui montre une réelle évolution dans les hiérarchies des choix des hommes et des femmes.

- Tout d'abord, il apparaît que le choix d'une spécialité soit moins fort chez les filles, dès lors qu'elles ont un classement qui ne leur assure pas de faire celle de leur choix. Ceci pourrait confirmer ce que nous avions suggéré précédemment, à savoir que la médecine générale est, pour une partie d'entre elles, considérée comme une pratique médicale digne d'intérêt et qui mérite plus d'être pratiquée qu'une spécialité non choisie. Entre 2 000 et 3 000, les futurs spécialistes médicaux sont donc, pour plus des deux tiers d'entre eux, des hommes – phénomène non existant en 2004.
- L'augmentation des choix de chirurgie parmi les femmes est globale : 29 % des futurs chirurgiens étaient des femmes en 2004, et elles passent à 36 %, soit une augmentation de 24 % en un an, alors que la féminisation globale est restée stable. Mais ces choix ne se répartissent pas uniformément sur l'ensemble de la promotion et les écarts selon les rangs de classement montrent bien que les moins bien classées sont plus réticentes à choisir une filière où elles ne pourront pas nécessairement pratiquer la chirurgie de leur choix. On a donc un double phénomène : l'augmentation de la proportion de femmes chirurgiennes est générale, mais elle est d'autant plus forte qu'elle concerne les moins bien classées. Par rapport à l'année passée, la féminisation de la chirurgie augmente au fil du classement : elle est de +37,5 % (elle passe de 24 % à 33 %) chez les étudiants classés entre 2000 et 3000.

Ces données quantitatives brouillent quelque peu les pistes, et il serait intéressant de les comparer aux hiérarchies de vœux des étudiants. Nous ferions volontiers l'hypothèse que le clivage entre médecine et chirurgie tend à s'amenuiser, clivage qui se manifestait sur divers plans :

- Celui du genre : non seulement la chirurgie était une spécialité d'hommes mais les blocs opératoires avaient la réputation de concentrer les comportements « machistes » : si certaines étudiantes s'en plaignent encore, nombreuses sont aussi celles qui démentent ces réputations et disent même avoir reçu un accueil particulièrement attentif lors de leurs stages de chirurgie ;

- De la hiérarchie universitaire : depuis maintenant une vingtaine d'années, l'accès aux spécialités se faisant par la voie unique de l'internat, les chirurgiens ne bénéficient plus d'un « bonus » d'excellence comme c'était le cas sous « l'ancien régime » ;
- Des revenus : même si les chirurgiens restent très bien rémunérés, d'autres spécialités médicales prennent largement le pas sur eux et par exemple, les anesthésistes-réanimateurs du privé n'ont parfois rien à leur envier, ce qui modifie les hiérarchies plus anciennes entre praticiens ;
- Des valeurs professionnelles : à partir du moment où les médecins revendiquent, hommes et femmes, une articulation entre leur vie professionnelle et leur vie privée mieux équilibrée, le mythe du chirurgien totalement dévoué à ses patients tend à s'amenuiser ;
- Scientifique et technique : la chirurgie n'est pas nécessairement un « sport d'hommes ». La microchirurgie et les nouvelles techniques d'intervention ne justifient plus, dans la majorité des cas, une force physique incompatible avec les constitutions féminines, elle ressemble plus à un travail de précision qu'à un travail de « boucher ».

Lors de l'amphi de garnison, les seuls groupes ouvertement masculins que nous avons pu repérer étaient des groupes de chirurgiens en grande majorité, mais ils étaient peu nombreux, se montrant comme un dernier « bastion » d'une époque révolue. On peut mesurer à quel point, en quelques années, les repères traditionnels de cette profession ont pu être bouleversés, conduisant sans doute en grande partie au pessimisme ambiant qui règne au sein des chirurgiens en exercice. Mais malgré l'augmentation du nombre de places, on peut néanmoins considérer que cette filière ne souffre pas d'une « désertion », puisque toutes les places ont été, cette année encore, pourvues.

Lors de la procédure de choix, les étudiants que nous avons rencontrés ne semblaient pas aussi divisés que nous aurions pu le croire, et on pourrait tenter de décrire les façons dont ils s'exprimaient à propos des possibilités qui s'offraient à eux, à partir d'un curseur propre à la chirurgie qui se déplacerait d'un extrême à un autre.

À une extrémité, on rencontre les « tout-chirurgien ». Filles ou garçons, il n'y a pas pour eux de choix entre « des » spécialités, mais entre la chirurgie ou rien. Et c'est la spécificité chirurgicale qui est alors mise en avant, en opposition à la médecine. Ces particularités sont diverses, mais au premier rang, on peut noter l'idée selon laquelle l'acte chirurgical est une véritable manifestation du pouvoir médical. Les images sont multiples pour illustrer ce propos : il y a un « avant » et un « après » l'intervention du chirurgien, alors que l'intervention clinique du médecin ne produit aucun changement visible ; le chirurgien a vraiment le pouvoir de son intervention, au cours de laquelle le patient se laisse faire en totale passivité ; le résultat est rapide, il présente un niveau d'objectivité et de rationalité qui semble évident à ces étudiants ; enfin, le chirurgien n'agit que si on lui en accorde le droit, c'est-à-dire que des personnes s'en remettent à lui pour intervenir concrètement sur leur corps, pour se faire agresser physiquement.

Cet effet direct, quasi miraculeux, sur le corps de l'autre, cette capacité à disposer du droit à modifier le corps d'autrui, contribue à un imaginaire qui accorde au chirurgien des qualités « divines » qui restent, pour un bon nombre d'étudiant(e)s, très présentes. Cette image n'a pas disparu, loin s'en faut, mais il est évident aussi qu'elle n'est pas unique et il est peu probable qu'elle soit, aujourd'hui, majoritaire.

La chirurgie peut ainsi apparaître également dans sa dimension complexe, voire complète. Et l'on voit alors les disciplines mixtes prendre de l'intérêt, du fait même de cette mixité : c'est le cas de l'ORL, de l'ophtalmologie, de la gynécologie-obstétrique, qui contiennent une partie médicale non négligeable. Mais on retrouve aussi cette dimension dans la chirurgie infantile, par exemple, qui introduit l'idée non plus d'un organe, mais d'une certaine catégorie de patients.

Au sein même de la chirurgie, on voit donc, dès les premiers classés, deux branches se distinguer : d'un côté la chirurgie « douce » et « médicale », où l'on trouve l'ORL et l'ophtalmologie en particulier et, de l'autre côté, la chirurgie « dure » et mécanique, où l'on trouve la chirurgie faciale, l'orthopédie et la chirurgie plastique. Ces deux branches de la chirurgie, qui s'opposent en fait, apparaissent comme les plus choisies et ont la réputation d'attirer les premiers des promotions, dans les villes à flux. Derrière, on trouve la chirurgie « molle » et plus dangereuse, digestive, viscérale, thoracique et, bien sûr, la « chirurgie générale ». On voit bien que le côté spectaculaire est rempli par la chirurgie « dure », alors que la chirurgie « molle » se rapprocherait plutôt des chirurgies « médicales », pour lesquelles il y aurait plus de choix féminins.

Future chirurgienne ORL : Des remords plutôt que des regrets.

Cette étudiante originaire de Besançon, va y faire une spécialité chirurgicale, alors qu'elle n'y croyait pas trop, étant classée au-delà de 2 500. Sa mère est technicienne de laboratoire à l'hôpital et son père technicien chez Peugeot. Elle n'a jamais redoublé. Au moment de choisir, très récemment entrée dans l'amphi, elle est vaguement décontenancée car il reste des postes de pédiatrie et elle ne l'avait pas prévu. Si elle était venue la veille, elle s'en serait rendue compte et aurait passé la nuit à hésiter. Ceci dit, choisir pédiatrie aurait signifié partir à Nancy et s'éloigner de sa famille. Alors, c'est « peut-être mieux ainsi ». Elle explique que son choix a largement à voir avec son classement. Mieux classée, elle aurait opté pour l'anesthésie-réanimation dont les internes actuellement en stage donnent « *une image sympa, pas ennuyeuse du tout* ». Moins bien classée, elle aurait accepté sans difficulté de faire de la médecine générale, pratique qu'elle ne connaît que pour avoir accompagné pendant quelques jours un jeune praticien. Elle pense que la médecine générale offre une bonne qualité de vie pour une femme, mais cette brève expérience avec un « *jeune* », l'a confrontée à peu de patients… les revenus paraissaient maigres. Quant à la pédiatrie, il aurait pu s'agir d'un choix opportuniste de type : « *puisque c'est inespéré, ça vaut la peine de le prendre* ». Mais elle se fait une raison en se rappelant que lors de ses stages de pédiatrie, il fallait gérer les « *réactions très particulières des parents* », comme si elle cherchait le souvenir le plus désagréable possible pour soutenir son choix.

Alors de la chirurgie, pour quoi faire ? Cette jeune fille un peu frêle explique qu'elle aimerait pouvoir faire de l'ORL (elle l'a déjà expérimenté en stage) parce qu'elle « *se sent bien dans le médico-chir. En ORL, il y a de la variété. On peut faire un peu de chirurgie esthétique, notamment les oreilles décollées. C'est de la petite chirurgie. Il n'y a pas besoin d'avoir de gros bras, comme en traumato, où il faut clouer, percer et c'est plus de la mécanique*. » Elle dit n'être pas particulièrement inquiète, qu'elle a un an pour « *avoir le bon stage* », le fameux sésame et que « *ça dépend de ce que font les gens devant* ». Elle paraît bien renseignée sur les choix en sous-spé de ses devanciers, sans doute parce que, pour beaucoup d'entre eux, il s'agit de ses camarades de promo. D'ailleurs, elle proclame que si elle n'a pas le stage d'ORL, elle fera valoir son droit au remords et repartira en médecine générale. Mais, en poursuivant la conversation, elle entrouvre déjà d'autres portes – ce qui laisse penser que tout peut beaucoup évoluer pour elle-même en douze mois. « *L'urologie, c'est un peu bizarre, pour une femme (c'est la spécialité la moins féminisée, du fait de l'action directe sur l'appareil génital masculin). La chirurgie vasculaire ? Je préférerais éviter les grosses responsabilités* ». Elle dit avoir pris goût à la chirurgie en général lors de ses passages au bloc où « *avec un ou deux petits nœuds, une petite suture, on est hypercontente. Moi, je suis pas trop maladroite* ». Tout au long de l'entretien, elle oppose des dispositions perçues comme féminines au rôle de chirurgien compris comme d'essence masculine (danger, muscle, poids des responsabilités). Elle précise : « *Les chirs ? Il va falloir qu'ils se calment avec le côté macho. C'est sûr, ça me fait un peu peur mais va bien falloir qu'ils se calment avec ça. Parce que nous, les filles, on arrive* ». Elle se souvient : « *Le bloc, au début, j'imaginais pas ça. Je me sentais pas du tout à l'aise. Un peu stressée. J'avais un peu peur du sang. Puis, au fur et à mesure, je me suis mise à aimer ça. En fait, le bloc, c'est un petit groupe où on est tous ensemble et où le travail est bien défini. Finalement ça roule mieux que dans un service de médecine* ». On voit ainsi réapparaître un élément structurant et rassurant derrière la vision première d'un univers agressif et périlleux : l'incertitude redoutée est mise à distance par l'ordre et le protocole des salles d'opération.

Le groupe des spécialités chirurgicales renferme ainsi des métiers très divers dont les formes de choix varient considérablement. La répartition selon le genre en est un exemple très parlant et l'on voit les femmes s'introduire dans cette branche de la médecine surtout par les voies mixtes comme l'ORL ou l'ophtalmologie, qui ont été, aussi, des spécialités médicales. Ce sont les gynécologues obstétriciens qui sont les plus féminisés parmi les spécialités chirurgicales, puisqu'ils comptent 83 % de femmes mais la chirurgie infantile compte toujours un bon tiers d'hommes. À l'exception de la chirurgie générale et la stomatologie, dont les effectifs sont ici très réduits, aucune filière chirurgicale compte moins de 15 % de femmes parmi ses postulants, y compris dans les « bastions » masculins comme l'orthopédie ou l'urologie.

Sous-spécialités chirurgicales	F	H	Total	Ensemble
ORL	46 %	54 %	100 %	21,0 %
Ophtalmologie	63 %	37 %	100 %	20,0 %
Orthopédie	17 %	83 %	100 %	17,7 %
Viscérale	31 %	69 %	100 %	9,7 %
Urologie	18 %	82 %	100 %	7,3 %
Plastique	41 %	59 %	100 %	5,7 %
Maxillo-faciale	40 %	60 %	100 %	5,0 %
Neurologie	17 %	83 %	100 %	4,0 %
Infantile	64 %	36 %	100 %	3,7 %
Vasculaire	17 %	83 %	100 %	2,0 %
Digestive	50 %	50 %	100 %	1,3 %
Thoracique	75 %	25 %	100 %	1,3 %
Générale	0 %	100 %	100 %	1,0 %
Stomatologie	0 %	100 %	100 %	0,3 %
Total	39 %	61 %	100 %	100 %

Médecine générale, médecine spécialisée, médicale ou chirurgicale, les grandes tendances des ECN 2005 apparaissent, au premier abord, conformes aux hiérarchies médicales habituelles. Et pourtant, il semble aussi que des modifications s'opèrent et qu'elles s'effectuent à contre-courant de ce que la procédure, machine à reproduire les schémas existants, tend à conforter.

III.C. L'exemple d'une discipline entre deux : l'anesthésie-réanimation

L'Anesthésie-réanimation (AR) est une discipline médicale, mais qui s'exerce en bloc opératoire, au contact des chirurgiens. Il serait intéressant d'étudier, dans le déroulement des vœux, où est sa place, au regard des autres disciplines chirurgicales ou médicales, et comment elle s'inscrit dans un compromis, y compris au moment du choix en amphi.

En fait, la situation de cette filière est complexe et en évolution rapide depuis quelques années. Singulièrement placée entre le terrain médical et le terrain chirurgical, l'AR est une spécialité récente, séparée en filière autonome pour des raisons initiales de difficulté de recrutement. Il est difficile de savoir si cet instrument de prévention des pénuries se justifie encore à l'heure actuelle pour cette discipline, tant son niveau d'attractivité s'élève rapidement. Notons encore qu'elle joue aujourd'hui un rôle doublement stratégique :

- D'une part, les Médecins anesthésistes réanimateurs (MAR) représentent une catégorie de professionnels directement associés aux chirurgiens puisque ces derniers ne peuvent intervenir sans la collaboration d'un MAR. Or, les évolutions démographiques des uns et des autres ne semblent pas se décider selon les mêmes principes : on a considérablement augmenté en 2005 le nombre d'internes en chirurgie sans modifier celui en anesthésie. On peut alors se demander si l'on ne risque pas de voir des réactions en chaîne se déclencher à cette occasion.
- D'autre part, les 9 000 spécialistes en AR représentent le contingent du plus fort effectif parmi les praticiens et donc, corrélativement, un effort économique particulièrement

important pour l'assurance-maladie. D'où un questionnement perpétuel sur leur mission, leur rôle, leur utilité et leurs prérogatives.

Quel contenu pratique renferme le métier de MAR ? Telle pourrait être la question d'un étudiant en médecine qui se destine à cette fonction puisque, s'il existe des services de réanimation, il n'existe pas de « services d'anesthésie ». En vérité, il n'est pas du tout évident qu'un postulant inscrive une semblable interrogation parmi ses préalables à la décision. Essayer de comprendre les déterminants qui expliquent le seuil de séduction d'une spécialité, à un moment donné, est une tâche infiniment complexe, qui oblige à saisir simultanément une multitude de paramètres. Par exemple, chacun a en tête pour évaluer l'intérêt que les membres d'une spécialité trouvent à leur pratique médicale, une notion des revenus qu'elle promet, du danger auquel elle confronte, du risque de poursuite judiciaire auquel elle soumet. Mais, rien ne dit que des postulants se déterminent effectivement pour un exercice particulier en fonction de ces paramètres – ou de ces seuls paramètres. Rien ne permet non plus d'affirmer que ces éléments sont jugés à la même aune par les différents candidats, lesquels dépendent à la fois d'un environnement spécifique (groupes de pairs, faculté d'origine, situation matrimoniale) et d'une histoire singulière (origines sociales et résidentielles notamment).

Après avoir présenté quelques caractéristiques spécifiques de cette filière, nous montrerons comment elle se situe à un endroit stratégique des choix étudiants. D'abord, elle associe deux métiers en réalité très différents dont le plus médicalement prestigieux (la réanimation) sert de vitrine au plus pratiqué et économiquement rentable (l'anesthésie). Ensuite, elle se situe à une place particulière des spécialités médicales, plus que de la chirurgie, à laquelle elle est pourtant souvent comparée.

III.C.1. Spécificités objectives de l'anesthésie-réanimation

En volume de postes fournis, l'anesthésie-réanimation s'impose comme la cinquième des filières proposées[25], mais elle ne propose qu'une spécialité. Pourtant, si cette filière ne conduit qu'à un seul DES, elle forme à des pratiques diverses pour des modes d'exercice très diversifiés. Cependant, au sein même de cette filière, les passages peuvent se faire à divers moments de la pratique professionnelle, puisqu'un MAR peut occuper successivement des emplois d'anesthésiste, d'urgentiste, de réanimateur ou de spécialiste de la douleur.

Bien que la maquette des stages d'internes connaisse localement des variations significatives, la formation des internes en anesthésie-réanimation se compose légalement depuis 2003 de 10 semestres de stages (contre 8 auparavant). Quatre au moins doivent être effectués dans des services de réanimation et autant dans des services de chirurgie. Les deux derniers sont libres et peuvent être exécutés dans des services de médecine plus classique, à condition d'apporter les justifications scientifiques nécessaires. Dans le détail, chaque université impose aux étudiants un passage par les services d'urgence et l'obligation d'exercer six ou douze mois en hôpital périphérique (éventuellement en clinique). Les coordinateurs tolèrent certains écarts à la règle, sans toutefois clarifier vraiment les limites des latitudes

[25] Quelques remarques à propos des deux autres filières qui procurent aussi d'importants contingents de places sans toutefois les réduire à ces seuls aspects : la pédiatrie joue souvent le rôle de voie de contournement pour les étudiants éconduits de leurs souhaits initiaux, du moins dans les stratégies élaborées – parfois naïvement – comme celle d'atteindre une spécialité médicale en exerçant la « cancéro pédiatrique », la « cardiologie pédiatrique », la « chirurgie pédiatrique ». La gynécologie obstétrique offre, de son côté, une possibilité pour les moins assurés – des jeunes filles le plus souvent – d'exercer une pratique chirurgicale sans avoir à affronter directement les codes et les rites virilistes de l'univers chirurgical.

offertes. Dans une ville comme Lyon, les promotions d'internes avoisinent les 20 unités (16 cette année plus un ou deux médecins étrangers) et les choix de stages se font dans l'ordre du classement. Bien que des stratégies soient mises au point par les internes pour se constituer des profils ou des compétences spécifiques, valorisables par la suite, le rang initial dans la promotion ne semble pas jouer un rôle majeur. C'est surtout l'investissement dans une équipe de recherche donnée ou l'enrôlement volontaire dans un tour de garde qui font office de pari sur l'avenir et conditionnent les perspectives de carrières. Ainsi, le rang d'affectation dans la discipline a très peu d'influence sur le déroulement de l'internat, contrairement aux spécialités médicales ou chirurgicales. Dans ces conditions, on comprend qu'opter pour l'AR puisse concrétiser une opportunité pour certains candidats des ECN d'interrompre momentanément le cycle des compétitions endurées depuis le début des études de médecine. En outre, il existe peu de postes universitaires pour l'anesthésie-réanimation et les seules chefferies de service qui leur soient proposées sont celles des urgences, pour lesquelles ils peuvent aujourd'hui être en compétition avec des généralistes urgentistes.

Concernant l'anesthésie-réanimation, il faut signaler trois modifications majeures de la pratique intervenues depuis les années soixante-dix et qui peuvent peser lourdement, encore aujourd'hui, sur les orientations des étudiants classés aux ECN :

- 1. Dans les années soixante-dix, les anesthésistes sont parvenus à disqualifier symboliquement les aides anesthésistes et à obtenir des règlements qui les différencient définitivement dans leur pratique du personnel paramédical en charge de l'anesthésie. Cependant, du fait de l'hystérésis des représentations, le métier d'anesthésiste est encore assimilable pour certains médecins à un travail d'infirmière. Ce sentiment peut d'autant plus perdurer que la grande majorité des MAR actuellement actifs sont entrés dans le métier par le CES – supprimé en 1985 – et que les lauréats de l'internat, majoritaires dans les autres spécialités, considèrent les premiers comme des médecins de moindre qualification.
- 2. Les 20 dernières années ont été marquées par l'émancipation progressive des anesthésistes réanimateurs vis-à-vis de la tutelle chirurgicale. Des procès et des recommandations du Conseil de l'Ordre ont modifié l'environnement médico-légal de l'acte opératoire, conférant aux MAR une indépendance dans leurs décisions. Dans la pratique, le couple anesthésiste-chirurgien est caractérisé par une forte asymétrie d'exercice du pouvoir en défaveur des MAR. Ils continuent dans la perception commune de l'univers médical d'être perçus comme des auxiliaires du chirurgien.
- 3. Les MAR ayant conquis leurs prérogatives et leur statut de médecin par leur omniprésence hospitalière, ils en ont longtemps payé le prix par des servitudes plus importantes que leurs confrères des autres disciplines, en particulier en termes de garde. C'est peut-être la raison pour laquelle leurs syndicats ont été le fer de lance du combat pour l'instauration de l'ARTT aux praticiens hospitaliers. Ils ont également obtenu l'intégration du temps de garde dans le temps de travail et le repos compensateur au terme des gardes. Ces acquis modifient radicalement le niveau de pénibilité de l'AR.

Ces trois éléments – activité de faible prestige, subordination vis-à-vis du chirurgien, retournement du régime horaire – peuvent être plus ou moins saisis par les candidats potentiels. De même qu'une donnée plus subtile concernant un antagonisme de plus en plus vivace dans les services entre jeunes anesthésistes dotés d'une croyance forte dans le

raisonnement scientifique abstrait et anesthésistes des premières générations n'accordant de crédit qu'aux techniques empiriquement validées.

Nous allons voir que des représentations relatives à la valeur symbolique de la spécialité se croisent dans l'esprit des postulants avec des considérations sur les revenus et les modes d'exercice possibles. Un pourcentage très faible des MAR exerce en Service d'Accueil et d'Urgence (SAU), mais dans ce registre les chefferies de service leur sont, pour l'instant, acquises. Moins de 10 % officient dans les réanimations, lesquelles obligent à un exercice exclusivement public. Un tiers des anesthésistes travaille en libéral. Les revenus des MAR affiliés à des CHU ou à des CHG suivent la grille des PH (praticiens hospitaliers) ; ils sont sensiblement inférieurs aux rémunérations des autres spécialistes hospitaliers car les anesthésistes réanimateurs ne cumulent quasiment jamais d'exercice privé à l'hôpital. En clinique, les MAR apparaissent comme les médecins les mieux payés, juste derrière les radiologues, même si, dans la réalité, la moyenne des revenus dissimule de fortes disparités, notamment selon l'appartenance ou non au secteur II. Des entretiens menés par ailleurs sur les internes en AR, il ressort que ces derniers estiment très mal les revenus des anesthésistes libéraux, se font une idée plus inexacte encore de la répartition des postes entre anesthésistes et réanimateurs. En revanche, ils détiennent quelques notions sur l'échelle de rémunérations entre spécialistes et sur l'état du marché de l'emploi – la pénurie d'anesthésistes s'avérant propice aux mobilités et aux installations.

III.C.2. L'AR entre anesthésie et réanimation

Sur les 243 étudiants effectivement affectés dans cette discipline à l'occasion des choix définitifs, près de 80 % avaient été affectés dans cette discipline lors de la dernière simulation et 16 % en spécialités médicales (biologie médicale : 2 %, psychiatrie : 1,5 %). En fait, dès les premières simulations, les deux tiers des futurs internes en AR étaient déjà affectés à cette spécialité et 27 % en spécialités médicales. Ceci concorde assez bien avec les observations que nous avons pu faire à Lognes où les attributions des places d'AR soulevaient généralement l'enthousiasme des intéressés, au minimum elles étaient vécues dans la bonne humeur. Pour un certain nombre d'étudiants, les spécialités médicales étaient aussi une manière d'entrer dans la réanimation, au cas où ils ne pourraient y accéder directement, par la voie de la cardiologie, de la pneumologie ou de l'hépatologie. D'autres cherchent à exercer d'abord un peu une spécialité médicale pendant un semestre ou deux afin de la tester et anticipent déjà la possible prise du droit au remords pour la suite. De fait, les promotions d'internes en AR s'élargissent fréquemment en 2e année d'une ou deux unités. Remarquons aussi que si les anesthésistes sont appelés à fréquenter le même territoire que les chirurgiens (les blocs opératoires) et que certains en décrivent l'ambiance avec enchantement pour expliquer leur vocation, la très grande majorité des internes en AR présentent un profil beaucoup plus proche de la médecine que de la chirurgie : goût pour la pharmacopée, les subtilités du raisonnement médical, doutes, méfiance vis-à-vis des chefs. Bien que se pratiquant en bloc opératoire, l'AR apparaît donc comme une spécialité avant tout médicale.
Ce qui surprend ensuite, c'est la variété des arguments apportés par les postulants pour dire l'intérêt de cette filière. Une très grande majorité a rencontré des internes qui leur ont littéralement fait la réclame : la qualité de l'internat, l'autonomie déléguée immédiatement, la nouveauté de la découverte, la possibilité de réaliser des gestes et en particulier « l'intubation » mais aussi « les voies centrales », la pose des cathéters, la « locorégionale ». Même si les aspects concrets de l'activité restent largement ignorés au moment du choix, les

étudiants évoquent tour à tour la variété des registres d'exercice, la diversité des pathologies qu'ils vont rencontrer, l'aspect intellectuel du métier, l'aspect pratique du métier, le fait que c'est très stimulant, très prenant ou au contraire ni trop lourd, ni trop accaparant (dans ce cas, ils ne font que le sous entendre, de même pour les rémunérations). Les avantages financiers du métier d'anesthésiste sont avancés, souvent par des filles, pour dire qu'elles pourront exercer en privé et ainsi se mettre à mi-temps pour s'occuper de leur famille.

Bien vite, on se rend compte que les raisons exprimées pour justifier le choix de l'AR varient en fonction des projets. Certains ont rencontré le métier de MAR lors des stages d'externe aux urgences, d'autres en apprenant la médecine en réanimation et le dernier groupe par les stages d'externes en chirurgie. Ceux du premier groupe ont plutôt la fibre de médecin généraliste mais n'en veulent ni le statut, ni le cabinet. Les seconds sont surtout attirés par la médecine de longue haleine, pointue, en prise avec les pathologies les plus sévères et mobilisant les moyens les plus lourds. De ceux-là on peut dire qu'ils aspirent aux satisfactions du questionnement intellectuel et/ou à la reconnaissance du statut de savant dans un univers scientifique. Les troisièmes sont rares, car l'effet des stages de chirurgie est plutôt de dissuader d'exercer une spécialité « *où on passe sa journée à s'ennuyer et à attendre de l'autre côté du champ* ». Mais, de temps à autre, un anesthésiste parvient à donner la vocation à un externe mal à l'aise du côté chirurgical. Il faut ajouter que certaines facultés organisent désormais en 4e année un stage d'anesthésie pendant 3 semaines ou un mois. Certaines universités également enseignent les fondements théoriques de la discipline « anesthésie ». Ces enseignements spécifiques paraissent utiles pour une spécialité que la plupart des étudiants ne « voient pas » et en déduisent qu'elle est « ennuyeuse » et « routinière ».

Globalement, la réanimation attire beaucoup plus que les autres versants de la spécialité. Pratiquement les trois-quarts en parlent comme de leur principal objectif alors même qu'ils seront moins de 10 % à l'exercer effectivement. Il ne faut d'ailleurs pas se méprendre sur les projections des lauréats des ECN dans le temps. Beaucoup optent pour une formule d'internat au cours de laquelle ils vont apprendre énormément et ne se positionnent pas encore pour la suite de la carrière. C'est d'ailleurs un trait typique des futurs internes en AR rencontrés. Ils ignorent que les postes d'assistants sont plus rares dans cette filière que dans d'autres ; ils ignorent que les places en réanimation sont exceptionnelles ; ils minimisent l'idée qu'après un internat très diversifié, ils risquent de se trouver contraints à un exercice très répétitif ; ils éludent ou oublient le type de recrutement des réanimations ; ils affirment qu'il y a un temps pour se former et un temps pour gagner de l'argent et que ces questions de rémunérations viendront plus tard (sur ce point, il est vrai qu'ils auraient tort de trop s'inquiéter). Enfin, la plupart regardent les batailles pour

les sous-spécialité médicales et chirurgicales avec un œil amusé, soulagé et heureux de n'avoir pas à livrer ce combat-là.

Alain, Julie, Zoé et Simon ont été classés entre la 400e et la 700e place. Tout leur était ouvert et ils ont choisi positivement l'AR. On ne peut pas en douter. Ce sont les 4 premiers que nous avons rencontrés et ils illustrent ainsi bien la diversité de parcours et de projets dont nous venons de traiter. On y constate clairement que la réanimation est l'activité « phare » de cette discipline, alors que l'anesthésie reste, au moment du choix, plutôt dans l'ombre.
Alain, dijonnais, fils d'employés administratifs, a choisi l'AR à Lyon. Sa timidité le rend peu loquace. Il paraît même gêné par les questions qu'il juge « un peu personnelles ». Il est surtout attiré par la réanimation qu'il a appris à connaître au cours de ses stages. D'après l'image qu'il a pu se composer à l'occasion de discussions avec des praticiens, il considère qu'AR est une spécialité d'avenir qui présente un caractère scientifique avéré et un confort financier indéniable. Il estime que la polyvalence de la spécialité exclut le risque de s'y ennuyer. Il envisage de faire au moins un assistanat avant de se poser la question du secteur d'exercice. Enfin, il a décidé de venir à Lyon, d'après les informations qu'il a pu recueillir, relativement à la qualité des formations proposées.
Julie, étudiante de Grenoble, est souriante : elle part faire de l'anesthésie à Marseille où elle va rejoindre l'élu de son cœur, un interne en dentaire. À l'origine, elle se destinait plutôt à la cancéro, forcément dans le sud, puis son choix a évolué vers la réanimation. Après le classement, elle a eu des discussions avec d'autres étudiants, des médecins, des internes croisés dans les stages, qui l'ont amenée à regarder de plus près la « qualité de vie » proposée en anesthésie. Cet élément a été déterminant, pourtant Julie admet qu'elle jouit d'une connaissance très moyenne de la spécialité puisqu'elle n'en a expérimenté que le versant « réanimation » et pendant 3 mois seulement. Néanmoins, elle trouve que ce choix est une façon de « *garder l'avenir ouvert* » en s'appuyant sur la polyvalence présumée de la discipline. Elle se projette plus naturellement dans le public et met très en avant l'idée d'exercer à mi-temps. Elle se dit cependant gênée par le côté un peu informel de la maquette de l'internat d'AR : « *c'est pas très clair* ».
Zoé, étudiante de Besançon part faire de l'AR à Toulouse, pas pour rejoindre un conjoint, juste pour « *aller au soleil* ». Elle rayonne de bonheur et tandis qu'elle parle, elle surveille le listing et son rang dans la promotion. Elle marque quelques secondes de déception en constatant qu'elle ne sera que 3e à Toulouse. Son père est chef d'entreprise d'une société de travaux publics comprenant 25 salariés. Sa mère est adjointe à la mairie. Les meilleurs conseils lui ont été prodigués par des amis de la famille qui sont eux-mêmes médecins. Par ailleurs, elle connaît bien la spécialité à laquelle elle se destine puisqu'elle a effectué 3 stages en réanimation (un en réanimation chirurgicale, un en réanimation médicale, un en réanimation pédiatrique) et une semaine en anesthésie. Cette spécialité l'attire pour la multiplicité des domaines abordés (cardio, néphro, pneumo) et la possibilité de pratiquer des gestes. Elle s'imagine préférentiellement en réanimation dans l'avenir mais dit ne pas exclure d'aller en anesthésie, qui lui plaît pourtant beaucoup moins, selon la vie qu'elle souhaitera mener. De même, elle associe sa décision de pratiquer en secteur public ou privé au déroulement de sa vie. L'idée de ne pas recruter ses propres patients, élément particulièrement négatif la première fois qu'elle l'a perçu, ne la désole plus… elle en vient même à se dire que c'est peut-être mieux ainsi.
Simon est originaire de Lyon et visait AR à Grenoble. C'est ce qu'il a obtenu. Il n'y a eu aucun suspense pendant les simulations. Pour son choix, il était tributaire de sa petite amie ou plutôt c'est elle qui va le suivre. Elle a fini aux alentours de 2400 et elle prendra MG à Grenoble. Il y a eu une petite discussion sur la question de la destination, mais Lyon paraissait une destination un peu trop risquée aux yeux du couple pour qu'elle soit absolument certaine de l'atteindre. Soit ils sont extrêmement pessimistes, soit ils craignent de paraître futiles en évoquant ouvertement l'attrait des montagnes. Arrivent des raisons plus solides : « *Grenoble constitue un plus petit CHU* » ! d'où l'anticipation de Simon qu'il bénéficiera là-bas d'un meilleur système de formation. Et aussi, que « *cela (le) changera de Lyon et lui permettra de profiter du cadre, de la montagne, du ski et de passer un diplôme de médecine de montagne* ». Car Simon aime beaucoup le côté « urgence » qu'il suppose inscrit dans l'exercice de l'AR. D'ailleurs, s'il connaît la discipline, c'est autant par les stages au SAMU que par son expérience de la réanimation. Pour lui, l'AR a le bon goût de n'être pas une discipline centrée sur l'organe mais plutôt « *une médecine générale de l'urgence* », qui « *bouge* » et allie la réflexion – « *le côté enquête* »- à des gestes techniques. Simon envisage sa future carrière comme réanimateur en secteur public. Il considère que la médecine générale aurait pu également lui convenir, qu'il se « *serait fait une raison sans problème* ».

La timidité et la douceur des anesthésistes sont les caractéristiques qui viennent spontanément à l'esprit de ceux qui les côtoient lorsqu'ils ont à les décrire. *A priori*, les rivalités sont moins âpres dans cette filière qu'en chirurgie ou en médecine ; corrélativement, l'appétit de pouvoir des candidats y est peut-être plus relâché. Qui plus est, comme les anesthésistes n'ont pas à drainer

une clientèle, puisqu'ils dépendent uniquement du recrutement réalisé par les chirurgiens, il se peut que la discipline attire ceux qui n'ont pas de goût pour se vendre. La question ne sera pas tranchée ici.

Par contre, ces résumés d'entretiens appellent quelques commentaires et compléments. Pour tous, la réanimation apparaît comme une forme de sacerdoce, gratifiant moralement, reconnu professionnellement, mais qui exige le sacrifice de la vie ordinaire, celle du dehors de l'hôpital – « *une vie speed et stressante où tu fais toujours des gardes à 50 ans* ». Si beaucoup veulent en être, la plupart ne l'envisagent pas pour la carrière entière. Ils anticipent qu'« il faudra bien souffler ». Ceux qui se destinent aux urgences, marqués autant par leurs expériences que par les représentations médiatiques, pensent qu'ils seront en permanence sur la brèche. Eux aussi expriment que le dévouement et les montées d'adrénaline conviennent à la jeunesse mais ne doivent durer qu'un temps. Ils répètent, sans forcément s'en rendre compte, les paroles de leurs aînés d'aujourd'hui. En revanche, on parle aujourd'hui de « qualité de vie en anesthésie ». Même si chaque semaine exige une ou deux gardes par individu, l'instauration du repos compensateur permet de libérer un jour le lendemain, ce qui dégage des possibilités de gestion du temps appréciables. Qui plus est, l'intégration récente des gardes dans le temps de travail ordinaire est perçue par certains comme une chance… puisqu'une mauvaise nuit de sommeil est désormais assimilable à 12 heures de labeur. Enfin, la situation de pénurie de ce groupe professionnel met les candidats au secteur privé en position très favorable pour négocier leur lieu d'installation et leur emploi du temps. Comme il semblerait que les étudiantes en médecine, malgré leur réussite scolaire, soient encore porteuses de modèles de construction familiale très traditionnels, nombreuses sont celles qui considèrent que l'emploi s'adapterait bien à la venue d'enfants en leur laissant la possibilité de s'investir dans la sphère domestique. Cette élasticité supposée du cadre d'emploi motive les filles autant qu'elle séduit les garçons. Pour des raisons différentes cependant. L'alternance, possible à organiser, de périodes de fortes charges professionnelles et de temps pour soi promet aux hommes temps libre ou argent selon la façon dont ils vont évoluer et aux femmes travail ou éducation des enfants, selon leurs désirs. Les uns et les autres ont le sentiment qu'ils pourront placer le curseur de leurs moyens, de leurs besoins et de leurs investissements où bon leur semble, dans cette spécialité. Elle séduit donc, de manière privilégiée, ceux qui veulent garder l'avenir ouvert et pensent que leurs attentes et leur personnalité peuvent changer. Enfin, les entretiens avec tous types de candidats ont mis au jour que la crainte de se faire enfermer est une peur récurrente de cet univers. À cet égard, choisir l'AR, c'est choisir le privilège de ne pas encore choisir.

III.C.3. L'AR et les spécialités médicales

46 % des accédants à l'AR sont des femmes et 54 % des hommes. La spécialité, à contre-courant de la profession s'est masculinisée depuis une dizaine d'années. En première intention, on peut en rejeter la cause sur la récente revalorisation symbolique et financière du métier. Si les représentations inhérentes à la qualité de vie des anesthésistes se diffusent, il est possible que le balancier penche à nouveau en faveur des femmes. Nous avons croisé plusieurs filles de médecins que des pères avaient tenté de décourager d'une spécialité aussi chargée en gardes. En tout cas, conjoncturellement, nous avons pu mesurer que l'AR offrait des possibilités aux couples de résoudre leurs dilemmes face à l'instabilité de la procédure d'affectation en amphi. Pour un couple où chacun veut faire une spécialité médicale ou chirurgicale particulière, la situation est très tendue car le moindre décalage dans les annonces peut occasionner la perte du rang interne à la promo choisie et donc la perte de la sous-

spécialité. Là où un célibataire peut s'adapter selon les opportunités géographiques encore ouvertes, les couples se retrouvent confrontés à trop de variables, notamment du fait de la rigidité du critère géographique. Du coup, le choix de l'anesthésie réanimation est susceptible de leur offrir une sortie de crise acceptable, comme nous l'avons vu plus haut, avec l'exemple de Paul et Sophie. Vue comme une spécialité médicale, elle a une surface d'étalement par rapport aux classements qui limitent les surprises (Par exemple 1 750 places séparent le premier et le dernier de promo à Aix : un candidat aux alentours du rang 1 500 ne peut subir de déconvenue à l'amphi des choix). Nous allons exposer ci-dessous quatre situations de choix où le paramètre « conjoint » a joué un rôle important. Pour ces interviewés classés dans la zone de recrutement principal de l'AR (celle où les spécialités médicales se raréfient), le couple a constitué, soit un élément de décision en faveur de la spécialité, soit de la ville de l'internat. Pour un des garçons, il est surtout vu comme une contrainte. Ces présentations fournissent aussi l'occasion de revenir sur les motifs du choix en faveur de cette spécialité et sur la personnalité des intéressés.

Natanaelle vient d'Annemasse, mais a fait ses études à Lyon. Elle a demandé AR à Lyon, cité qu'elle n'espérait pas au vu des simulations. Avant le concours, elle a longtemps pensé choisir la chirurgie ORL. Mais elle en a été progressivement dissuadée par les remarques des professionnels et de son entourage familial. C'est que son père est gynécologue obstétricien à l'hôpital et qu'il veille aux intérêts de sa fille (la mère est devenue échographe après avoir pratiqué la médecine générale). Le père a aussi fortement déconseillé la GO à sa fille : « *trop dur, trop fatiguant et trop difficile pour une femme* ». Il y aurait trop de gardes… argument qui laisse perplexe quand on sait que la fille a finalement opté pour l'AR. Après les résultats des ECN, l'enquêtée a successivement envisagé d'exercer la cardiologie, la dermatologie ou l'ORL, et impérativement à Lyon ou dans les environs (Grenoble, Saint-Étienne) pour résider avec son bien-aimé, salarié à Lyon. Au fil des simulations, Natanaelle constate qu'il ne reste plus de « *bonnes spécialités médicales* » à Lyon. Elle ajoute que la chirurgie, pour elle, « *c'était non, vu le mode de vie. Mais j'avais envie de rester au bloc, de faire une spé à gestes* ». Elle se retrouve ainsi dans la situation où le discours de l'AR sur elle-même peut opérer à plein rendement : « *Je me suis dit, l'anesthésie réanimation, ça va être plus sympa. Il y a une meilleure mentalité. C'est plus varié* ». D'ailleurs, elle s'est composé cette représentation au gré des discussions qu'elle a pu avoir avec des internes. Elle confie cependant que « *la réa fait un peu peur* » d'après le bref aperçu qu'elle en a eu à l'occasion d'un stage en réanimation polyvalente. Elle précise qu'elle se verrait plutôt anesthésiste, plutôt en secteur public, pense que les horaires de cette forme d'exercice sont « *très acceptables* », se dit ravie que la clientèle ne soit pas triée parce qu'ainsi « *on voit de tout* », affirme avoir une idée assez vague des rémunérations mais note qu'« *on ne va quand même pas se plaindre, nous les médecins !* ».

Élodée, elle, étudiait à Paris et est désormais assurée d'y rester, en anesthésie. Quand elle l'annonce à une connaissance qui passe par là, celui-ci s'étonne : « *ah bon ? et les gardes ? fais gaffe…* ». Elle hoche les épaules, sûre de son coup. Avant les résultats des ECN, elle a surtout pensé aux SM, soit pneumo, soit médecine interne, pour « *l'intérêt intellectuel* » ou encore rhumatologie. Après le classement, elle est restée sur cette idée. Mais, elle a peu à peu réalisé qu'il était primordial pour elle de rester auprès de ses proches, à Paris. Refusant de « *bouger* », elle s'est rabattue sur l'AR, qu'elle pare malgré tout de nombreux attraits : la variété de l'activité, la polyvalence, beaucoup de physiopathologie, des petits gestes techniques, un côté assez généraliste (indépendamment du statut, force est de constater que le généralisme a la côte… une problématique du choix à l'amphi est bel et bien : comment se spécialiser à tout prix en refusant catégoriquement de se laisser enfermer - brûlant paradoxe !), un marché du travail ouvert et des rémunérations très incitatives. Conclusion de l'intéressée : « *Ce n'est pas une spé. trop polarisée !* ». À la demande d'une précision sur ce qu'elle entend par un « *marché du travail ouvert*», Élodée tape dans ses mains en arrondissant la bouche : « *oh oui, pour les postes, c'est open, open !!!* ». Pour la suite, elle se voit plutôt anesthésiste dans le privé (comme quoi l'argument des rémunérations n'est pas forcément le dernier en importance même s'il le reste dans l'ordre d'énonciation). D'ailleurs elle confirme : « *bonnes conditions de travail, plutôt pénard, des rémunérations* ».

Maxime va passer dans quelques minutes. C'est un étudiant lillois dont les chances de faire la gastroentérologie rêvée s'amenuisent au fil des heures. Il n'aura donc pas beaucoup d'états d'âme pour prendre AR et rester dans la ville où sa copine a empoché une spécialité conforme à ses souhaits. Elle a fini dans les 200 premières et a indiqué qu'elle ferait radio ou neuro. Maxime a pu parler avec beaucoup d'internes de sa future spécialité au cours des gardes et des stages. Selon lui, ils sont tous contents, à la fois des horaires qu'ils jugent corrects, de la grande variété des tâches qui leur sont confiées et de la possibilité qu'ils ont d'« *agir véritablement alors qu'ils ne sont encore que des internes* ». Maxime admet que les revenus comptent un peu pour lui, mais les avantages principaux de la discipline résident dans la polyvalence de l'AR, dans la qualité et la diversité de l'internat en question et au fait « *qu'on touche encore un peu à toute la médecine quand même* ». Ce jugement s'appuie sur l'expérience vécue par l'intéressé lors d'un récent stage en réanimation médicale. Maxime reconnaît qu'il a en revanche une idée très vague de l'anesthésie au bloc opératoire mais est rassuré de savoir qu'il dispose de son droit au remords. Il m'explique que celui-ci ne peut être utilisé que dans la même ville mais qu'il espère éventuellement une grosse pénurie de gastro-entérologues l'année suivante pour se transférer en SM. Sinon, Maxime se voit plutôt en réa qu'en anesthésie mais tout aussi bien dans le public que dans le privé : « *on verra ça dans 5 ans* ».

Ces exemples montrent qu'au-delà de choix « positifs », l'AR est souvent un choix « de la raison ». Elle présente une alternative envisageable sans trop de risques pour concilier une stratégie de couple ou rattraper une déception en spécialités médicales. Le côté « généraliste » et complet de la spécialité, ou du moins l'idée que ces étudiants mettent en avant pour justifier

ce choix, leur permet de se convaincre qu'ils pourront toujours pratiquer, par une voie détournée, la matière qui les attirait.

Pour les candidats capables d'échafauder des projets de carrières autour de la question du temps de travail et des revenus, la décision de prendre l'AR est présentée comme très rationnelle. Mais l'idée que l'anesthésie est routinière et ennuyeuse est assez fortement répandue pour dissuader ou au minimum faire réfléchir ceux qui ont encore des possibilités de s'inscrire en spécialités médicales. Car il est clair que la formation commune des médecins les amène à intérioriser qu'être médecin, c'est d'abord agir et oser agir, d'où l'horreur inspirée par l'idée de s'ennuyer. De façon générale, cet argument est souvent invoqué pour dénigrer ce que l'on ne veut pas faire, et l'AR présente ce risque : endormir n'est ni agir ni soigner et c'est sans doute pourquoi la réanimation (réveiller…) est plus noble. Au regard des autres spécialités médicales, la question est donc de trouver où se situe l'acte médical dans cette spécialité. Les trois cas qui suivent sont caractéristiques des arguments les plus couramment avancés qui tantôt font pencher la balance tantôt dans un sens, tantôt dans l'autre.

Jean-Pascal, un sudiste mal classé parmi les prétendants à l'AR, doit s'exiler dans les DOM-TOM pour atteindre ses vues. Son père est PU-PH en cardiologie et sa mère est gynécologue en ville. Jean-Pascal lorgne sur l'AR depuis un an ou deux. Il ne connaît pas encore la réa (ce qui constitue une curiosité tant ce type de stages est facile à obtenir en fin de cursus) mais a fait un stage en anesthésie de 2 mois et a apprécié autant l'ambiance du bloc que l'encadrement des collègues. Pour lui, « *c'est une spécialité très vaste où on n'a pas de clientèle régulière. Les patients changent constamment*. » D'ailleurs, il affirme ne pas souhaiter une clientèle identifiée : « *je ne veux pas avoir à gérer de l'administration, je ne veux faire que de la médecine* ». Il déclare aussi envisager sa carrière dans le public, ce qui entre un peu en contradiction avec la revendication d'un bon salaire : « *sans être essentiel, ça compte, on est quand même bac + 10* » mais doit aussi être ramené à ses origines familiales. Trahissant qu'il a été très exposé au discours des MAR, il ajoute que l'aspect traitement de la douleur l'intéresse également beaucoup. « *Je me vois bien dans le rôle de soulager*. » Il estime que s'il n'avait pas eu l'AR, il aurait choisi d'aller en MG, mais certainement pas en chirurgie « *parce que je ne les supporte pas. Ils se prennent pour les rois du monde. Ils ont pas à nous commander. C'est nous qui choisissons quand on endort les patients. De toute façon, il y a plus de chirs que de MAR, donc celui qui ne veut pas de moi, je lui dis « bye bye » et j'irai en voir un autre* ». Propos d'une virulence surprenante pour un fils de cardiologue, spécialité souvent critiquée pour l'attitude hautaine de ses membres. En fait, il fait déjà corps avec la rhétorique professionnelle des spécialistes qu'il rejoint. Tout comme il délivre des éléments de sa culture familiale lorsqu'il laisse passer son exaspération à l'égard des patients trop exigeants, son sentiment de revenus menacés malgré les mérites accumulés, la charge administrative trop lourde, l'expression de l'utilité du métier au travers de l'acte charitable du soulagement des douleurs.

Marlène voulait quitter Paris mais ne nous dit pas pourquoi. Avant les ECN, elle visait Lille mais « *ne voulait pas se fixer sur des trucs qu'elle risquait de ne pas avoir* ». En attendant les résultats, elle commençait déjà à hésiter entre chirurgie, oncologie et pneumologie. Finalement, elle se présente comme ayant choisi pneumologie dans le nord. Son choix ne dépend pas d'un conjoint ou d'un petit ami. Ses hésitations s'expliquent surtout par de l'indécision. Après avoir obtenu son classement, elle a envisagé MG à Paris, puis SM à Lyon et à Bordeaux, et enfin AR à Paris. Elle dit avoir été attirée par la MG « *qui est un truc où on peut tout faire* », mais y avoir renoncé par « *peur d'être mauvaise* ». L'AR lui plaît aussi beaucoup « *parce que c'est un truc de cow-boy où on peut sauver le mec qui s'écroule en pleine rue* ». De toute façon, elle fera le DES de pneumo et réa. D'ailleurs, elle a déjà en tête le service de Tenon. Elle connaît très bien la réa puisqu'elle a fait successivement un stage en réa médicale puis un autre en réa pédiatrique et un troisième en réa chirurgicale. En revanche, elle a détesté l'anesthésie : « *Si je suis au bloc, c'est pour faire de la chirurgie. Puis, y a trop de monde sur le même poste. Je crois que c'est surtout beaucoup de mots croisés. Quatre semestres pour apprendre ça, c'est vraiment trop long (sur les 10 semestres de l'internat d'AR, il en faut au moins 4 en anesthésie pure)* ». En fait, Marlène aime l'action. Si elle avait fini 3000e, elle aurait fait MG et une capa SAMU (preuve qu'elle a bien intériorisé les hiérarchies médicales puisqu'elle a dit auparavant qu'elle avait renoncé à la MG par peur d'être incompétente). Elle considère néanmoins que le SAMU, bien que très attrayant, est trop désorganisé : « *c'est le Bronx. Et il manque un suivi des patients* ».

Ghislain traverse la salle avec le sourire aux lèvres pour s'en venir taper victorieusement dans la main de ses camarades en signe de victoire. Cet étudiant parisien a choisi AR dans l'Ouest. Depuis 6 mois, il préparait les ECN dans l'espoir de faire de l'oncologie. À la sortie du classement, il a continué d'espérer pendant un temps puis s'est ravisé et a changé son fusil d'épaule : « *Oncologie, c'est une spécialité hyperpolitisée. J'ai passé des coups de fils dans les services. Surtout un, qui m'a bien dégoûté. Y a des difficultés sur les postes. Oui, bien dégoûté !* ». Il s'est alors rendu dans les services pour voir comment se pratiquait l'anesthésie à l'hôpital et s'est rendu à Nantes. Il est content d'avoir obtenu cette ville. Il dit que l'anesthésie reste encore à découvrir mais il est déjà conscient du type d'horaires inhérents à cette spécialité. Sa perception du salaire est plus vague mais par contre il sait que le marché du travail est « *ouvert. Ça m'a aidé à décider. C'est pas bouché !* ». Il se voit travailler dans le secteur public et se dit heureux de ne pas avoir à drainer une clientèle : « *ça, c'est vraiment un point très positif*. ». Il explique que c'est surtout la réa qui l'inspire. Il a passé six mois de stage en réa médicale et a apprécié la « *multidisciplinarité* ». « *Et puis, ça bouge bien, c'est plein de cas aigus. C'est de la grande médecine générale suraiguë !* ».

La confrontation de ces témoignages fait clairement apparaître qu'il y a un clivage entre anesthésie et réanimation et que la seconde permet d'entrer dans une « vraie » spécialité médicale, alors que la première apparaît plus passive. Mais l'argument contradictoire de ces critiques se situe le plus souvent dans la polyvalence qui donne l'impression à ces étudiants d'avoir encore devant eux, une grande variété de choix. Ce sur quoi tout le monde s'entend, c'est que cette filière diffère profondément des spécialités d'organes : « *L'AR bouge pas mal, y a un peu de tout. La cardiologie, par contre, c'est vraiment se spécialiser dans un nombre réduit de techniques* », résume, avec neutralité, une niçoise qui a choisi psychiatrie.

III.C.4. L'AR : une discipline en hausse

Alors que les MAR sont souvent décrits dans la profession comme des « chirurgiens ratés », nos observations nous conduisent à les placer plutôt du côté de la médecine mais surtout, il semble qu'un certain nombre de chirurgiens aient choisi cette filière faute de ne pouvoir faire de l'AR. Ce qui ressemble à une véritable révolution symbolique, si l'on est en passe de rencontrer des chirurgiens « anesthésistes ratés »… Warryd, un chirurgien qui travaillera au bloc, mais pas du côté qu'il espérait, dit qu'au moins ses parents seront satisfaits, ce qui lui importe car ils sont ouvriers et se sont beaucoup sacrifiés. Idéalement, il aurait voulu faire de l'AR, parce qu'il la considère comme une médecine d'action à la différence des spécialités médicales, « *où on met un comprimé et puis on attend. C'est d'une lenteur effroyable* ». En tout cas l'anesthésie, « *ça n'aurait pas été pour le côté pousse-seringue, plutôt pour gérer la douleur post-op* ». Les motifs profonds de l'agencement de ses choix se devinent surtout quand il se remémore les aspects négatifs de ses études : « *le côté un peu militaire et puis l'obligation de lécher les bottes de son chef quand on veut un poste* ». Les anesthésistes sont plus facilement assimilés à des bandes de copains où aucun ne dirige l'autre. En tout cas, partout, sauf à Aix-Marseille, les rangs limites en AR sont en deçà de ceux de la chirurgie. Nous montrerons, dans la fin de cette partie, qu'en dépit de ce que nous venons d'exposer, il s'agit manifestement d'un effet de rareté et que la chirurgie reste plus attractive que l'anesthésie réanimation.

La plupart des entrants en spécialités médicales que nous avons rencontrés ont déclaré que l'AR était une pratique intéressante. En approfondissant, on se rend compte qu'ils ont surtout en tête le versant réanimation et qu'ils sont beaucoup plus réservés dès qu'on aborde l'aspect « anesthésie ». Concernant la réanimation elle-même, la compagnie des agonisants semble parfois leur poser quelques problèmes. Ainsi Mélanie, une future néphrologue de Normandie explique qu'elle a le sentiment d'avoir choisi une forme de médecine générale, « *sauf qu'en*

règle générale la médecine générale n'a pas de recours possible à la technologie. Et bon, j'aime les gestes malgré tout. Et puis c'est divers, oui, parce que les protocoles, faut pas rêver, c'est… hein ? La médecine, ça sera jamais une science exacte. Les conduites à tenir, c'est vrai que c'est important au début, mais ça ne marche pas. En même temps, la façon d'aborder les problèmes est très carrée et très rigoureuse en néphro. Mais ce sont les problèmes d'un individu ». L'envie de devenir une généraliste de toutes les spécialités, qui veut de surcroît rester à l'hôpital, la rapproche fortement des futurs réanimateurs, mais là où les choses divergent c'est quand elle raconte qu'elle est sensible à l'ambiance qu'elle a découverte dans les services de néphrologie : « *les relations sont plus fortes avec les patients. On les connaît bien et on échange. Il y a des patients qui nous ramènent des courgettes ou des fraises de leur jardin.* » Or les accédants à la réanimation, s'ils évoquent la bonne ambiance des « réas » pensent plutôt au type de relations entre soignants, l'atténuation des hiérarchies, la solidarité qui naît des conditions d'affrontement extrême avec la mort. Et Mélanie, elle, sent bien que la réanimation pourrait la priver de ce qu'elle cherche dans son métier : une relation privilégiée avec des malades, *pas trop malades*. Et puis, elle n'a pas de regrets car elle pense pouvoir mettre un pied en réanimation et lâcher prise si cela devient trop dur : « *Avec la néphro, on peut s'orienter vers la réanimation médicale. Moi, je me vois bien accepter quelques gardes mais pas y rentrer totalement. Parce que là, soit les patients sont des grabataires, soit ce sont des accidentés, mais dans tous les cas, on n'a pas de contact avec eux* ». On retrouve chez Mélanie, la méfiance vis-à-vis d'un engagement qui pourrait devenir insupportable.

Même les futurs chirurgiens disent garder de bons souvenirs des stages en réanimation : « *C'est une spécialité active et efficace… quand ça marche* ». Ce qui est perçu comme potentiellement déprimant, c'est le ratio de cas où la médecine n'apporte pas de résultats tangibles en termes de retour à la santé. Les internes sont globalement encore trop jeunes pour considérer que leur rôle puisse consister à minimiser les souffrances ou à adoucir la mort. Particulièrement les futurs chirurgiens qui veulent des résultats visibles et immédiats. Une rumeur, jamais vérifiée, qui court au sujet des anesthésistes réanimateurs affirme qu'ils se suicideraient plus que les autres – la faute au *burn-out* pour les réanimateurs et à l'ennui pour les anesthésistes. De quoi faire réfléchir les candidats…

De manière assez significative, parmi les 24 candidats explicitement déboutés de l'AR (ceux qui ont été victimes de l'effondrement progressif du rang limite de cette filière au cours des simulations de 2 780 à environ 2 500), 12 ont reconverti leurs aspirations vers la médecine générale et 2 vers la psychiatrie, 8 pour la chirurgie et 2 pour la gynécologie obstétrique. Parmi les 12 du 1er groupe, 8 avaient également accès à la chirurgie là où ils ont pris la médecine générale et les 4 autres pouvaient faire de la chirurgie là où ils auraient accepté de faire de l'anesthésie-réanimation. Ceci tend à laisser penser que l'AR se situe bien plus du côté médical que du côté chirurgical. C'est que, le plus souvent, l'anesthésiste-réanimateur est souvent conçu comme une forme d'omnipratique hospitalière. Ainsi Lionel, fils d'un cancérologue parisien, très bien classé, qui a opté pour l'AR dans la capitale, apprécie que les MAR soient présentées comme « *les médecins généralistes du bloc* ». Il ajoute qu'il aime le côté manuel, pratique et concret de l'activité, le fait d'être dans l'action directe, dans une spécialité d'urgence. Tout lui plaît dans la réanimation, jusqu'à la prise en charge des familles. *« Et puis,* constate-t-il, *je préfère l'hôpital à la lecture des manuels* ». Comme presque tous ses futurs collègues, il met la polyvalence en tête des avantages du métier. Il est important de noter qu'il justifie son choix à partir du contenu même de l'activité

et non des conditions de travail. Ce qui est une ligne de partage décisive avec ceux qui disent avoir choisi l'anesthésie (par opposition à l'anesthésie-réanimation). D'ailleurs, ce qui tempère légèrement l'enthousiasme de Lionel, « *c'est que l'anesthésie paraît ennuyeuse* ». Enfin Lionel, comme beaucoup d'enquêtés ayant choisi l'AR, parce qu'il la considère comme une spécialité d'avenir – « *C'était vraiment le choix à faire !* » – est fils de médecin. Ce qui montre qu'à l'intérieur même du monde médical, la filière a acquis ses lettres de noblesse.

III.C.5. Les villes qui aiment l'AR.

En détaillant les affectations ville par ville, nous nous sommes rendus compte qu'un nombre très important de médecins généralistes affectés dans leur ville aurait pu choisir l'AR au même endroit. Or les futurs MAR se perçoivent justement comme des supers généralistes à l'hôpital, qui feront un peu de tout. Pourquoi les omnipraticiens ont-ils dans ces conditions préféré l'installation en ville ? L'hôpital justement : « *Le système hospitalier est trop pourri.* » La raison avancée par eux est sans appel et l'on ne peut pas se contenter d'interpréter ce jugement par un effet de « nécessité faite vertu » chez des étudiants ayant peu de chances d'obtenir un poste hospitalier.

Le tableau ci-dessous a été construit en isolant, pour chaque subdivision, les sous-populations de ceux pour qui le choix entre l'AR, les spécialités chirurgicales (SC) et la médecine générale (MG) dans leur ville d'origine restait possible. Il nous apprend plusieurs choses :

1) La médecine générale fait pratiquement jeu égal avec l'anesthésie-réanimation.
2) La chirurgie, dont l'élévation des rangs limites avait pu laisser croire qu'elle n'était plus attractive, l'est en fait deux fois plus que l'anesthésie-réanimation alors même que les rangs limites de l'AR sont partout (sauf à Aix-Marseille) en dessous de ceux de la chirurgie. Avec une moyenne de 20 % contre 10 % des recrues locales parmi les classés en dessous du rang limite de l'AR.
3) Le recrutement de la chirurgie est très stable dans les 10 plus grandes villes productrices de médecins spécialistes. Les taux de l'AR et de la MG connaissent en revanche des fluctuations importantes. En première intention, on peut incriminer les politiques locales de promotion de ces filières par les universités. Ce qui suggère d'aller plus loin et de combiner les facteurs locaux avec les questions d'attractivité des filières.
4) On constate localement des différences importantes entre les villes, puisqu'elles recrutent différemment leurs internes localement : 34 % des étudiants clermontois voulant faire de l'AR et pouvant le faire dans leur ville y sont restés, alors que c'est le cas d'aucun Rennais ni d'aucun Nantais, qui sont aussi très peu nombreux.

Subdivision d'origine	À : Effectif net pouvant choisir AR, SC et MG localement	B : Sous effectif de A, ayant pris l'option locale	% d'options locales parmi A	% de A, ayant choisi AR	% de B ayant choisi AR localement	% de B ayant choisi SC localement	% de B ayant choisi MG localement
LYON	78	47	60,26 %	16,67 %	23,40 %	21,28 %	10,64 %
BORDEAUX	53	26	49,06 %	5,66 %	7,69 %	23,08 %	7,69 %
AIX-MARS	110	72	65,45 %	7,27 %	11,11 %	25,00 %	6,94 %
TOULOUSE	70	45	64,29 %	10,00 %	8,89 %	26,67 %	20,00 %
RENNES	49	24	48,98 %	4,08 %	8,33 %	0,00 %	33,33 %
BREST	36	23	63,89 %	11,11 %	13,04 %	13,04 %	13,04 %
ROUEN	49	26	53,06 %	8,16 %	11,54 %	11,54 %	11,54 %
CLERMONT	36	23	63,89 %	25,00 %	34,78 %	21,74 %	8,70 %
REIMS	48	21	43,75 %	2,08 %	0,00 %	14,29 %	9,52 %
NANTES	43	21	48,84 %	2,33 %	0,00 %	23,81 %	19,05 %
PARIS-IDF	379	286	75,46 %	13,46 %	10,49 %	22,03 %	2,45 %
GRENOBLE	52	25	48,08 %	5,77 %	8,00 %	24,00 %	8,00 %
STRASB.	39	20	51,28 %	7,69 %	10,00 %	5,00 %	10,00 %
CAEN	46	16	34,78 %	6,52 %	6,25 %	18,75 %	12,50 %
NANCY	57	30	52,63 %	8,77 %	16,67 %	20,00 %	3,33 %
MONTPEL.	50	22	44,00 %	6,00 %	4,55 %	9,09 %	13,64 %
ANGERS	58	24	41,38 %	3,45 %	8,33 %	12,5 %	25 %
TOTAL	1 253	751	59,94 %	9,74 %	11,18 %	19,84 %	8,79 %

Tout dans la procédure de choix et dans le principe des affectations est une affaire de combinaisons. Les étudiants accorderaient plus d'importance à la spécialité qu'à la destination ? Peut-être mais tout se pèse. Pour une filière, on peut accepter de bouger, mais dans certaines limites, à une certaine distance, pour une ville qui vaut le coup. Et pour une autre filière, on sera plus exigeant sur la destination. Certaines disciplines valent la peine de briser son couple, pour d'autres on choisira la négociation. Pratiquer avec passion, pratiquer avec raison, rester là où on a grandi, partir pour être mieux formé, pour changer, partir au soleil, à la montagne, dans les îles, partir ensemble, avec sa copine, avec ses potes. Tout semble se décliner à l'infini. Dans cette partie, depuis le cas particulier de l'anesthésie-réanimation, on a cherché à y voir plus clair à propos des lieux de l'art.

En s'intéressant à la sous-population de ceux qui ont choisi l'AR, on s'aperçoit que toutes les villes ne forment pas le même nombre d'anesthésistes, ni en effectif, ni en pourcentage. Certaines villes en exportent, d'autres en importent. On voit aussi que certaines villes attirent plus les anesthésistes que les spécialités médicales et chirurgicales. La hiérarchie des subdivisions n'est pas la même d'une filière à l'autre. Quelle en est la cause ? Que comprendre ? Tout est-il en rapport avec le prestige d'un centre hospitalier ? Y a-t-il des réputations locales ? Un lien avec le nombre de postes octroyés sur place ?

En comparant le rang limite de l'AR à la moyenne des rangs limites obtenus par la ville dans les filières principales, on remarque que Bordeaux, Lyon, Montpellier, Brest et Rouen paraissent des attracteurs de futurs anesthésistes, tandis que Aix-Marseille, Toulouse, Rennes, Clermont et Reims attirent moins les anesthésistes que les autres spécialistes. En creusant la question, on découvre que certaines villes attirent des anesthésistes venus d'ailleurs mais découragent leurs propres internes de continuer dans cette voie. C'est le cas de Nantes, notamment qui n'a fourni que deux anesthésistes à toute la France alors qu'elle a constitué la

destination privilégiée des Parisiens. La comparaison de l'Ouest (Rennes, Nantes, Angers) avec l'Est (Nancy, Strasbourg, Besançon) est édifiante : l'Ouest a un rang limite nettement plus bas (1 577 contre 1 800) avec un nombre d'affectations en AR très proche (21 contre 23) mais avec une production d'internes en AR infiniment plus basse (8 contre 22) et l'internat est beaucoup plus masculinisé à l'Est (65 % contre 47 %). Comme si l'image du métier différait d'un bout de l'hexagone à l'autre : plus ou moins valorisé, plus ou moins un métier d'hommes. Enseignements et stages organisés par les facultés peuvent y avoir joué un rôle. De même que dans les attributions de postes peut se lire le poids des organisations corporatives au niveau régional : par exemple 5 postes d'internes en AR obtenus à Bordeaux contre 11 à Toulouse pour des pourcentages de production d'internes équivalents et une démographie médicale très proche. Nous avons calculé qu'aucune corrélation ne pouvait être prise au sérieux entre féminisation de la faculté d'origine et production d'internes en AR. Dans une subdivision, le nombre d'internes en AR est bien corrélé en revanche au pourcentage d'internes bien classés (rang < 2 500), surtout si on met à part des lieux au comportement atypique comme Angers, Besançon, Clermont, Lyon, Nantes, Reims.

Ceux qui veulent faire de l'AR restent très majoritairement dans leur subdivision d'origine quand ils le peuvent : 30/41 pour les Parisiens, 11/13 pour les Lyonnais (et 2 à Grenoble), 2/3 pour les Grenoblois, 8/8 pour les Aixois-Marseillais, 7/10 pour les Lillois, 4/7 pour les Toulousains, alors même que ces Parisiens peuvent aller partout, les Lyonnais à Grenoble, Montpellier, Toulouse ou Marseille, les Grenoblois à Aix-Marseille et ainsi de suite. D'ailleurs, les seuls à s'immiscer dans la citadelle parisienne sont au nombre de 5 : un de Poitiers, un de Strasbourg, un de Caen, un Lillois, et un Montpelliérain. Aucun ne vient des très grands centres régionaux. Même dans des villes moins prestigieuses, on observe le même phénomène : 6/6 à Nancy, 4/6 à Nice, 6/9 à Clermont, 3/4 à Rouen, 5/10 à Besançon. Au vu des classements, ceux de Besançon ou de Clermont n'ont guère le choix mais pour les autres, il s'agit d'une décision incontestablement délibérée. Au point qu'on pourrait considérer que choisir l'AR est le moyen le plus simple de prendre une spécialité médicale quand on veut rester chez soi. Ceci rend d'autant plus insolite la situation de Nantes et de Rennes, incapables de fabriquer des vocations d'anesthésistes mais en revanche très performants pour stimuler les vocations d'omnipraticiens. Si pour Nantes, il est possible de penser qu'une politique volontariste en faveur de la médecine générale est menée, on peut s'interroger sur l'accueil des stagiaires dans les blocs opératoires rennais, lorsqu'on note que la capitale bretonne déclenche aussi très peu d'inclinaisons à la chirurgie. Enfin, les façons dont les internes issus d'un endroit voient une spécialité et l'attractivité de l'AR dans ce lieu pour les internes venus d'ailleurs, peuvent ne pas coïncider du tout.

Enfin, concernant, la hiérarchie des villes en AR, beaucoup de choses pourraient s'expliquer par le comportement des Parisiens. Certes, certains lieux sont particulièrement prisés pour la formation des internes de cette spécialité. Lyon, en particulier qui incite véritablement à cette forme de pratique (l'internat d'AR y compte 16 places mais 21 Lyonnais exerceront l'anesthésie en France). Mais il est important d'évoquer le phénomène de bassins en cascade qu'on observe en anesthésie. Paris-IDF produit 73 vocations d'anesthésistes alors qu'elle n'est en mesure que d'en former 35. Aussi dès que Paris a fait le plein, le trop plein s'évacue dans les bassins en aval, qui à leur tour débordent et inondent des bassins où l'eau coule moins vite et ainsi de suite. Du coup, il est intéressant d'observer la logique d'écoulement des internes parisiens.

	1 ER TEMPS								
RANG	[0;100[	[100;200[	[200;300[	[300;400[	[500;600[	[600;700[	[700;800[	[800;900[	
Densité	3	4	0	4	3	1	3	3	
	2 EME TEMPS				3 EME TEMPS				
RANG	[900;1000[	[100;1100[	[1100;1200[	[1200;1300[	[1300;1400[	[1400;1500[	[1500;1600[	[1600;1700[	
Densité	5	4	6	5	2	4	4	2	
	4 EME TEMPS				5 EME TEMPS				
RANG	[1700;1800[	[1800;1900[	[1900;2000[	[2000;2100[	[2100;2200[	[2200;2300[	[2300;2400[	[2400;2500[	[2500;2600[
Densité	5	4	3	4	0	0	2	1	1

<u>Commentaires :</u> Jusqu'au rang 836 qui marque l'épuisement des spécialités médicales à Paris, Paris-IDF fournit en moyenne 2,65 AR pour 100 rangs de classement, avec un mode égal à 3. L'absence de concurrence des spécialités médicales à Paris revigore alors la densité de candidats à l'AR venus de la capitale qui passe à une moyenne de 5 pour 100 rangs de classement jusqu'à l'épuisement des postes d'anesthésistes parisiens. On revient alors à une moyenne de 3 pour 100 rangs de classement jusqu'à l'épuisement des spécialités médicales dans les centres universitaires de moyenne envergure. La densité de vocations d'AR venues de Paris remonte alors à 4 pour 100 rangs de classement. À l'approche du rang 2000, il n'est plus possible de faire de l'AR dans une ville moyenne ou grande, les parisiens renoncent alors tout simplement à pratiquer cette discipline (d = 0,8). Voilà qui donne une idée des effets de l'offre sur la demande. Il ne faut jamais oublier que choisir c'est renoncer. Quel que soit l'intérêt de ce pour quoi on opte, tout se mesure aussi à l'aune de ce qu'on abandonne.

Les destinations préférées selon le rang de classement des Parisiens pour faire de l'AR, hors IDF

1er TEMPS			2e TEMPS			3e ET 4e TEMPS		
65	F	TOULOUSE	1269	F	NANCY	1724	F	ROUEN
320	F	LIMOGES	1297	H	GRENOBLE	1726	H	AMIENS
797	H	LYON	1306	H	TOULOUSE	1772	H	TOURS
826	H	AIX - MARS	1320	H	LILLE	1779	H	OCÉAN IND.
1027	H	BORDEAUX	1331	H	ROUEN	1856	F	NANCY
1062	F	BORDEAUX	1340	F	LILLE	1858	F	RENNES
1075	H	BORDEAUX	1404	F	AIX - MARS	1880	F	RENNES
1090	H	NANTES	1406	H	LILLE	1941	H	NANTES
1140	F	TOULOUSE	1408	F	LILLE	1963	H	POITIERS
1152	F	LYON	1444	H	NANTES	1976	H	CAEN
1165	F	NANTES	1555	H	MONTPEL.	1979	F	ANGERS
			1597	H	NANTES			
Paris est complet en AR			1600	F	LILLE	*Les 14 plus grandes villes sont complètes en AR*		
			1610	F	ROUEN			
			1634	F	NANTES	2279	F	REIMS
			1638	F	MONTPEL.	2280	F	CAEN
			1651	F	LILLE	2349	H	CAEN
						2408	H	AMIENS
			Lille est complète en AR					

Dans un premier temps, les 3/4 des AR originaires de Paris désirent y rester. Ceux qui en partent librement le font pour aller dans le sud, dans les très grandes villes de province, dotées de CHU réputés, et reliées à la capitale par le TGV (Bordeaux 3, Nantes 2, Lyon 2, Toulouse 2, Aix-Marseille = 10 sur 11).

Dans un 2e temps, lorsque Paris ne propose plus de place d'AR, Lille devient brutalement très attractive (Lille :6/17, Rouen :2/17, Sud :3/17). Lille cumule la proximité avec Paris (moins d'une heure de TGV), une formation en AR réputée et les avantages des grandes villes. L'élément de proximité est essentiel, c'est lui sans doute qui amène Rouen à obtenir des citations dans cette série.

3e temps : dès que Lille n'est plus disponible, Rouen et Amiens font office de succédané à proximité de la capitale, les autres citations font apparaître des demandes pour l'Ouest qui n'a que très peu formé de prétendants à l'AR et procure donc un effet d'opportunisme pour les Parisiens tentés de faire de l'AR.

Dernier temps : les parisiens hésitent désormais à faire de l'AR. Caen et Amiens sont sans réputation mais à une heure de train de la capitale. Au total, Reims, Poitiers et Limoges ont obtenu chacune un suffrage accidentel. Aucun parisien ne songe à faire de l'AR à Nice, Strasbourg, St Étienne, Brest, Clermont, Besançon ou Dijon, alors qu'à ce niveau, il y a encore des opportunités à saisir !!!

Finalement, c'est très largement Paris qui structure la pyramide des rangs limites et d'une certaine façon rend objective ses propres hiérarchies en étalonnant par le moyen du classement ce qui est plus ou moins désirable. Il est intéressant sur cette remarque de revenir vers le tableau 1 pour constater que Paris est aussi particulièrement « légitimiste » lorsqu'il s'agit de classer les filières (Chirurgie : 22,03 % des désirs, AR : 10,49 %, MG : 2,45 %). En médecine comme ailleurs, la capitale impose ses principes de vision culturels et symboliques.

Conclusion

La profession médicale fournit un exemple (théorique) quasi parfait d'adéquation entre la formation et l'emploi. Nous nous trouvons devant un cas de figure où les pénuries et les pléthores devraient être rares, où la demande pourrait rencontrer l'offre sans trop de difficultés. Et pourtant, les moyens que se donnent les pouvoirs publics comme la profession pour trouver l'équilibre « parfait » ne semblent jamais satisfaisants. Les étudiants qui commencent leurs études de médecine ne peuvent pas savoir sous quel régime ils les termineront, chaque système est amplement dénoncé avant d'être vraiment installé, les prévisions ne donnent pas les résultats escomptés, les « revalorisations » ne s'opèrent pas, les courses aux spécialités les plus rémunératrices et réputées « prestigieuses » ne s'arrêtent pas.

L'édifice des hiérarchies médicales est loin d'être stable. Il est même particulièrement mouvant, mais il subit des mouvements complexes parce que les lois qui les provoquent sont de natures diverses. À côté des effets liés aux évolutions sociales générales, on trouve celles plus spécifiquement liées au secteur sanitaire, aux évolutions scientifiques, aux réalités économiques. De ce point de vue, les systèmes sélectifs négligent en général une partie des questions, ce qui est inévitable étant donné leur mission de régulation des flux. Mais les conséquences annexes sont, du même coup, relativement imprévisibles et déclenchent des réactions en chaîne qui contribuent aujourd'hui à une rigidification du système.

La procédure du choix de la filière de troisième cycle instituée avec les épreuves classantes nationales prolonge les systèmes antérieurs en uniformisant un peu plus les trajectoires et en complexifiant l'information. Nous avons découvert un système très compliqué, souvent opaque et relativement fragile. La baisse des effectifs en médecine générale y est orchestrée, alors même que des signes montrent à l'évidence que cette discipline ne souffre pas autant qu'on le dit d'une « mauvaise réputation ». La question de l'utilité d'isoler une filière plutôt qu'une autre ne répond pas à des objectifs de pertinence des sélections, mais plutôt à des influences internes qui provoquent de grandes disparités dans le poids des différentes spécialités. Ainsi, ce système engendre ses propres contradictions : la transparence affichée est opacifiée par de réelles zones d'ombre ; le principe de l'unicité des règles pour tous est mis à mal par des inégalités territoriales et sociales importantes etc. Nous serions évidemment tentés de dire que, quitte à réguler les flux dans les spécialités, autant le faire pour tous les DES. Mais on aboutirait alors à un système extrêmement instable, qui ne serait gérable qu'au prix d'une inflation des postes, inévitablement préjudiciable à la médecine générale.

Il reste à l'évidence de nombreuses questions en suspens à l'issue de cette étude. Nous pouvons en isoler quelques unes, récurrentes, qui viennent conforter nos travaux antérieurs, mais aussi nous pouvons soulever quelques interrogations qui mériteraient des exploitations plus approfondies.

- Les résultats des épreuves classantes nationales prouvent, une fois encore, que l'uniformisation d'un système sélectif sur une même grille de valeurs induit des comportements collectifs et individuels qui se calquent sur un modèle unique. Si l'on veut que les étudiants aient des « goûts » différenciés pour des exercices médicaux variés, selon les métiers, les lieux d'exercice, les zones géographiques, il faut leur permettre de se construire des identités professionnelles à partir de références différentes. Or, l'uniformité de la grille sur

laquelle aujourd'hui on place et on classe tous les étudiants de France contribue à appauvrir le modèle et donc ne permet qu'une vision linéaire et hiérarchique de la profession médicale.
- Par ailleurs, il apparaît que le système est d'autant plus fragilisé qu'il est rigide. Cette rigidité est à la fois organisée par les filières mais aussi liée à des règles informelles qui divisent ces filières et s'appliquent de façons différentes selon les zones géographiques. Le résultat est tout sauf transparent et égalitaire. Les étudiants en médecine se trouvent dans une situation paradoxale qu'ils connaissent pourtant bien puisqu'elle semble un principe des études médicales : l'uniformité des règles et l'inégalité de leurs applications. Un système qui induit des ségrégations massives.
- Ainsi, il nous a semblé que les jugements portés par les étudiants n'étaient pas toujours aussi « alignés » que les hiérarchies des choix pourraient le laisser croire. Est-ce un effet de génération ou de genre ? Le décalage entre ce que vivent les étudiants lors de leurs stages et dans leurs facultés, ce qu'ils attendent de la médecine et la façon dont ils la perçoivent nous est apparu assez fort. Une fois encore, les étudiants issus des milieux médicaux naviguaient dans ces eaux beaucoup plus aisément que les autres, mais des formes de résistance au discours normatif de la profession existent bien.
- Enfin, nous ne disposons d'aucune donnée quantitative susceptible d'étayer la thèse d'une inégalité sociale reproduite à l'occasion des ECN. Nous la connaissons pour le concours de PCEM1 mais il nous a semblé que les étudiants des premiers jours différaient socialement de ceux des derniers. L'effet de hiérarchisation sociale des places mériterait certainement d'être mieux étudié, ne serait-ce que dans ses conséquences démographiques et professionnelles.

Un des principaux enseignements que l'on pourrait tirer de cette étude, est que l'adaptation d'un marché du travail aux besoins des populations et aux aspirations des professionnels ne peut se faire avec une seule régulation imposée des flux. Dans le contexte d'une profession comme celle des médecins, on assiste à une aggravation des défauts que chaque système prétend corriger en ajoutant un peu plus de contraintes. Mais au bout du compte, le système n'est pas contraignant pour tous de la même façon et ce qu'il induit, c'est surtout des contrastes entre des poches de privilèges extrêmement protégées et inattaquables et des zones de fragilité et de précarité accrues. Ces « zones » pourraient être définies tant du côté des médecins que des patients. Car certaines branches professionnelles, qui interviennent dans des zones protégées, avec une clientèle à la fois observante et solvable, sont aussi celles qui sont réservées aux étudiants les plus favorisés, dont les études ont pu se dérouler de la façon la plus agréable et dont les places ne sont pas menacées. *A contrario*, les médecins qui exercent des métiers difficiles dans des zones moins protégées et auprès de populations précarisées voient leurs places diminuer, aggravant ainsi leur situation et celle de leurs patients. L'inégalité de traitement des étudiants en médecine est évidemment liée à l'inégalité de traitement de la population et l'on ne voit pas, dans le système actuel, quelles explications économiques ou sanitaires peuvent justifier les effets induits par les procédures d'attribution des places.

Annexes

- Présentation du site officieux Coline
- Le plan de l’amphi de garnison
- Forum sur les flux

Choix Officieux en Ligne des Internes

COLINE ECN 2005

Bienvenue à toi futur interne !

Introduction

Ce site vient en complément du site de choix officiel puisqu'il permet :
- d'effectuer des simulations d'affectation avant les simulations officielles (simulations hebdomadaires jusqu'à la première simulation sur Céline.)
- d'avoir un choix éclairé dans les villes à flux (consultation et modification des sous-spé désirées jusqu'à la fin de la procédure CELINE.).

Mode d'emploi du site

1. Pour récupérer vos identifiants (nom d'utilisateur et mot de passe), contactez votre référent.
2. Pour saisir ou modifier vos voeux, utilisez la page "Saisie des voeux".
3. Pour visualiser les voeux que vous avez enregistrés et vérifier votre rang de classement, utilisez la page "Visualiser mes voeux".
4. Résultat individuel de la simulation du 18/08
5. Résultats détaillés de la simulation avec les sous-spé
6. Rangs limites d'affectation de la simulation
7. Méthodologie de la simulation, statistiques sur la participation
8. Déposer un message sur le livre d'or

Prochaine simulation aux alentours du mercredi 24 août.
Si vous avez des questions c'est par ici.

Où en est-on ? (dernière mise à jour jeudi 18 août)
4122 candidats sur les 4311 peuvent saisir leurs voeux dans la base de données.
2415 ont saisi leurs voeux dans la base de données.
1129 ont indiqué une sous-spécialité

Comment nous aider ?

Devenez référent !
Informez le maximum de personnes de l'existence du site (mails, affiches...).

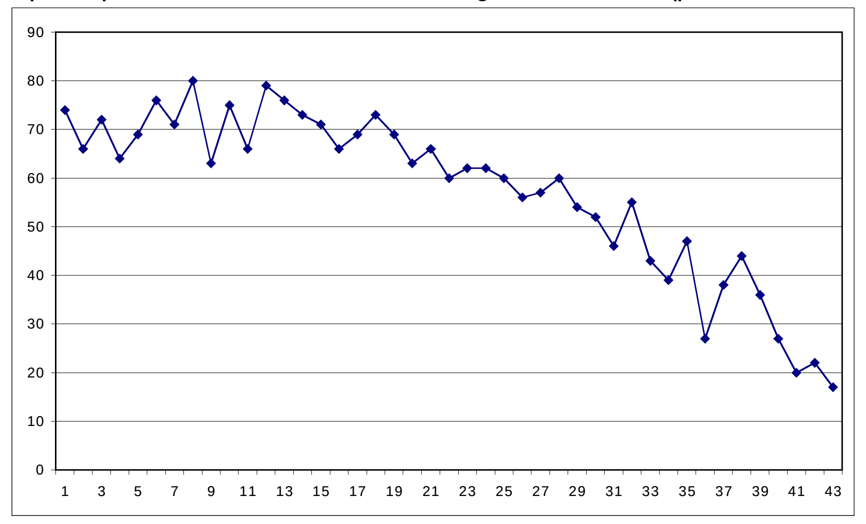
Confidentialité des informations

Vous pourrez avec votre mot de passe consulter, modifier vos voeux et visualiser le résultat des simulations.
Pour plus d'informations, consultez la rubrique "cnil" dans la section "questions".

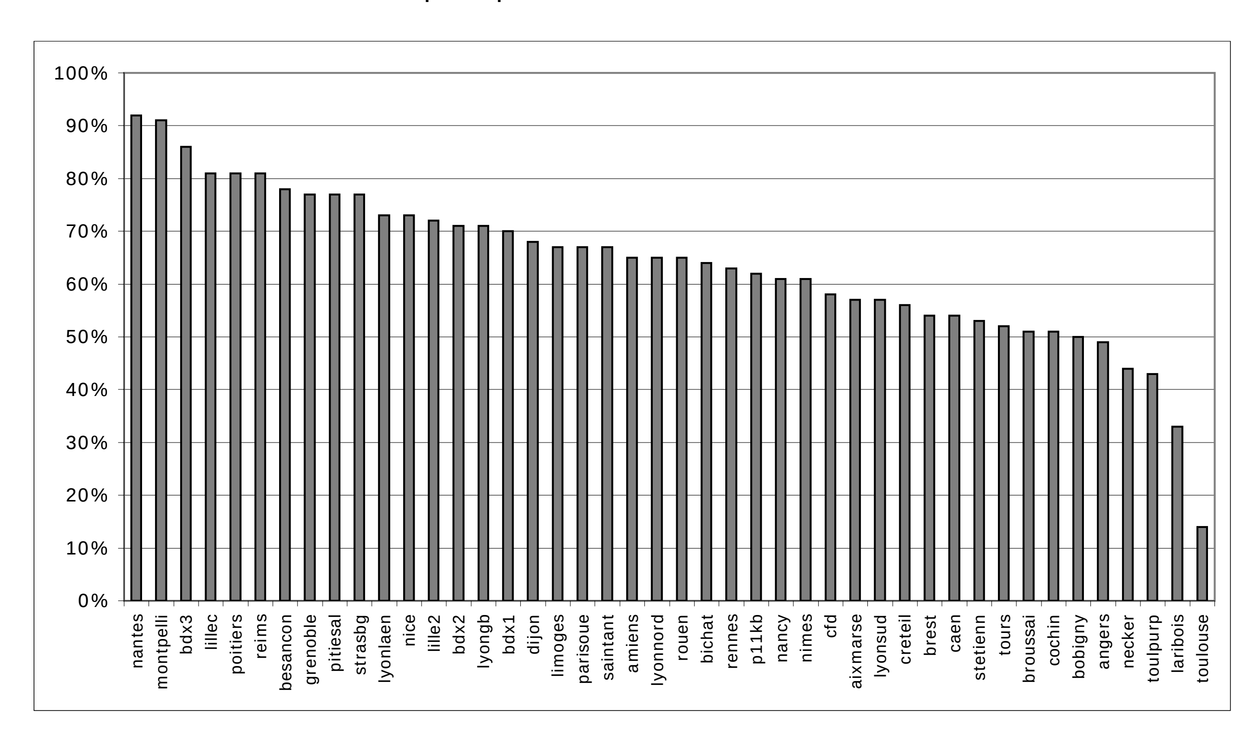
Mathieu F. alias nesdo, interne en AR à Lyon (administration du site)
Benjamin F. alias grosbin, étudiant service, réseaux et communication à l'IUT Grenoble 1 (programmation et graphisme du site)

Méthodologie de la simulation
Nous avons utilisé les voeux enregistrés dans la base de données le 23/08 à 20h55.
Nous avons 75,06 % de participation sur les 1500 premiers candidats. On considère pour cette simulation que les 75,06 % de participants dans les 1500 premiers constituent un échantillon représentatif de la population des 1500 premiers. Nous avons donc utilisé pour cette deuxième simulation 75,06 % des postes. Attention, au-delà du rang 1500, compte tenu du taux de participation, la simulation surestime le nombre de postes. Attention, votre rang dans la filière et la ville est relatif ; il faut le diviser par 0,75 pour avoir une idée de votre rang sur le nombre de postes réel.

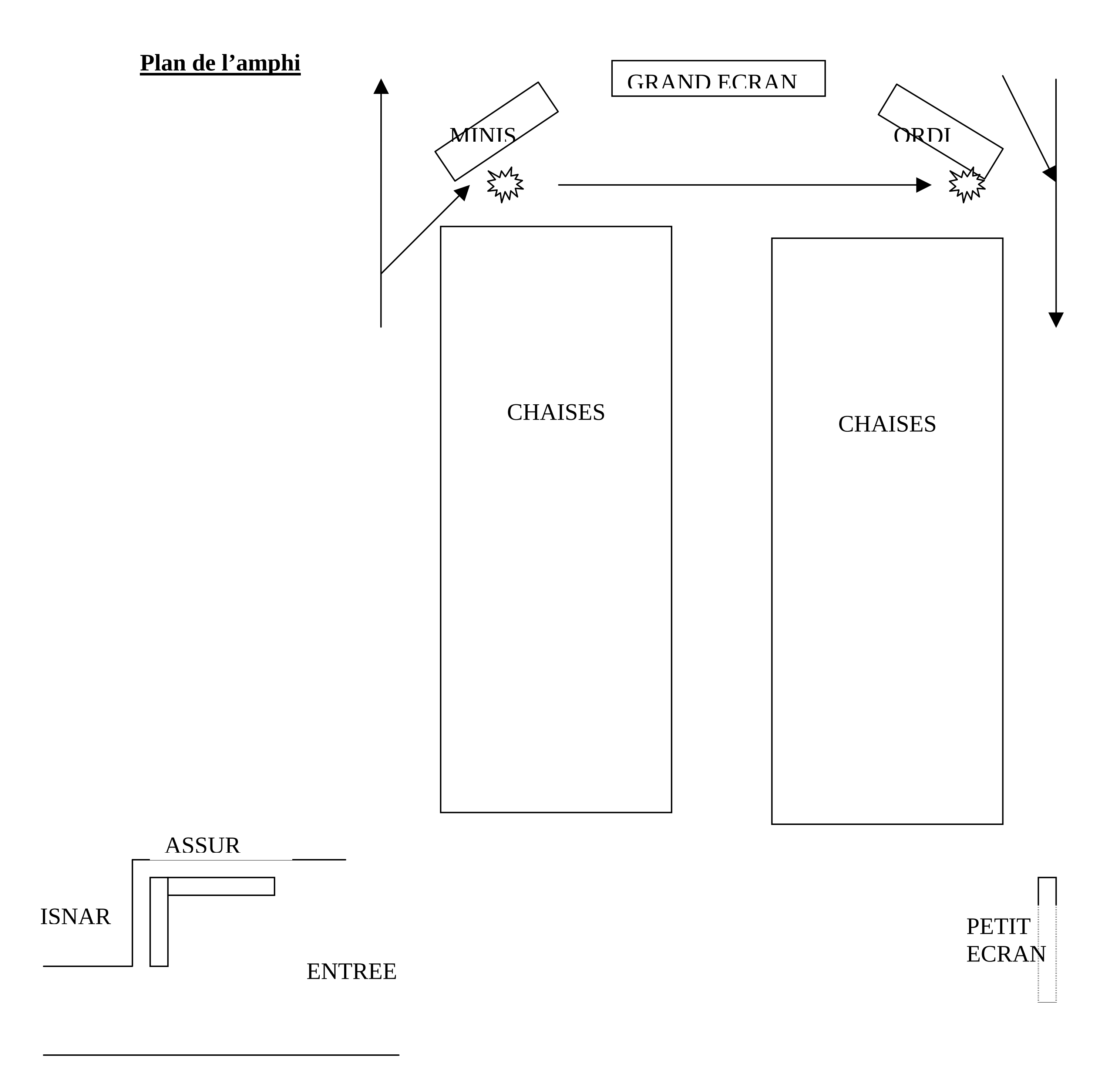
Taux de participation des étudiants selon le rang de classement (par tranches de 100)



Taux de participation des étudiants selon leur faculté



Plan de l'amphi



Extraits de discussions internet sur les flux…

quelles villes sont concernées par les flux ?
qqn sait où trouver le détail des differentes sous spe chir pour chaque ville concernant la repart de 2005

----

les différentes sous-spé chir, ça n'est pas dispo sur le net, va falloir que tu te cognes les différents CHU qui t'intéressent pour savoir!!!
et pis pour les villes à flux, ça a déjà été dit ailleurs...
lisez un peu plus, et évitez de poster 30 fois les mêmes questions, ce serait sympa!
merci d'avance

Effectivement on en a déjà parlé mais de façon un peu éparpillée et sans certitude, sauf pour quelques villes. Pourrait on faire un post en tête de liste mis a jour périodiquement avec les villes et les flux correspondants au fur et à mesure des infos qu'on peut glaner dans les services ou par les drass ?? (ça a été possible à Lyon ça doit l'Être ailleurs, nan ?), et sans tous les commentaires qui diluent les infos utiles
Pour ma part, j'ai retenu :
Villes avec flux :
-Bordeaux
-Nantes
-Lyon (flux connus)
-Montpellier
-Rouen (récent)
-Grenoble (pour les spés med)
-Besançon (devait se mettre en place en 2004, mais pas de nouvelles depuis)
Villes sans flux
-Paris
-Poitiers (en 2004)
-Caen (pour une fois qu'on est pas du côté obscur)
-Nancy (en 2004)
-Dijon (en 2004)
-Tours (en 2004)
Bon bah il en manque, quand même ...

Reims , pas de flux et il n'est pas prévu de mettre ce système en place (en tout cas pas pour 2005)

à poitiers, la fille de la drass veut tellement bien faire qu'elle applique les textes à la lettre et qu'elle ne déviera pas d'un iota
donc normalement pas de flux pour cette année

----

salut, je suis interne à Dijon en 4e choix et j'ai entendu parler d'une rumeur de flux cette année... juste pour rappeler à tout le monde de bien se renseigner et d'Être sur de son fait avant les choix... je vous souhaite à tous d'avoir ce que vous désirez...

Et à nice et limoges, y a des flux ?

Bonjour,
À Nice, a priori, pas de flux!

Serait-il possible de ravoir une définition claire des conséquences d'une ville dite à flux, SVP

----

et à Toulouse, y en a, du flux ?

----

et à Lille, flux or not flux ??

Et ben voilà comment ils ont choisi de réguler un peu la démographie médicale!!! Mais on sait bien que c'est pour satisfaire les envies des chefs de service puisque les chiffres de démo med c'est de la merde et qu'en plus 1/3 seulement des internes restent dans la ville où ils ont fait leur internat.
désolée mais je peux pas regarder tout e-carabin ni tout anemf.org. Est-ce que l'Anemf compte se manifester à ce sujet ou on laisse tout aux syndicats d'internes ? Est-ce que les syndicats d'internes se sont manifestés à ce phénomène qui semble plutôt récent ?

----

les flux n'ont rien de récent, ce qui est récent c'est leur extension dans différentes DRASS, alors qu'avant on ne connaissait que la DRASS d'Aquitaine coupable de cette combine illégale
la conséquence d'une ville à flux, c'est que les postes de spécialités dans une filière (spécialités médicales ou chirurgicales) sont clairement limités et définis pour une promotion d'interne
ainsi, ils peuvent dire "cette année il y a 4 postes d'endocrino", si 4 personnes classées avant toi choisissent cette spé, et bien tu ne pourras pas la choisir même si tu passes dans un service d'endocrino au cours de tes 4 premiers semestres (c'est ce qui est normalement prévu dans le texte de loi, on peut s'inscrire à un DES à condition de passer dans un stage validant pour ce DES au cours des 4 premiers semestres d'internat)
c'est clairement illégal puisqu'allant à l'encontre du texte de loi, et pourtant ça continue... maintenant on retrouve ça dans plusieurs régions autres que l'Aquitaine...
l'ANEMF n'est pas restée les bras croisés, ça fait un moment (déjà quand j'étais dans le bureau) qu'on a alerté le ministère à ce sujet, qui a promis une circulaire empêchant les DRASS d'appliquer ce système
tout ce qu'on constate aujourd'hui, c'est que loin d'y avoir mis fin, le phénomène s'étend ! il y a clairement foutage de gueule
quant aux syndicats d'interne, ça fait longtemps qu'ils connaissent le problème... mais il est toujours présent

----
J'ai demandé a la DRASS de Rennes voici leur réponse :
pour le CHU de Rennes, pas de flux pratiqués jusqu'à présent.
Cependant, les internes de la promotion 2005 choisiront les postes restés vacants par les internes des promotions précédantes.
Il est bien évident également que nous ne pouvons laisser les internes faire tous la même spécialité (ex : radiologie, cardiologie, dermatologie, ophtalmologie)
dans ces spécialités particulièrement, les postes sont offerts chaque semestre en nombre limité.

ça s'apparenterait pas à des flux ça ??
donc en clair : flux pour les sous spé les plus demandées...
----
pas vraiment
ils limitent le nombre de stages ouverts à chaque semestre vis-à-vis des capacités de formation, mais ils n'interdiront pas les internes qui passent dans ces stages au cours des semestres suivant le 1er de postuler pour le DES
----
et à Lille : Flux ou pas flux
et à Marseille ?et à Strasbourg ?
est-ce le même fonctionnement pour les spé chir ?
----
dans l'état actuel de mes connaissances, pas de flux à Lille

Salut,
je suis pas sure d'avoir tout compris aux flux :
admettons que je sois la 1 ère en spé med (ceci n'est qu'un exemple) a choisir dans une villle avec FLUX et donc tous les choix possible s'offrent a moi... mais si j'hésite entre différentes sous spécialités (dermato ou cardio par exemple) et que je prend dermato est ce que j'ai le droit au remord au bout d'1 ou 2 semestre et finalement prendre cardio ?

Et Clermont, ville à flux ???????????????????

A priori non...
Ayez bien le réflexe de téléphoner aux DRASS concernées pour avoir des infos précises
Voir le profil public

à Besançon, flux ou pas flux ?
----
pas de flux à Dijon, j'ai appelé la drass de bourgogne

Étant donné ses attaches à Bordeaux, la subdivision Antilles Guyane fait aussi partie des villes avec flux.... mais bon là je crois que vu les postes offerts cette année ça va pas intéresser grand monde..... Merci la DRASS d'Aquitaine!!!!
----
pas clair
Toulouse Marseille ou Lille ?? flux ou pas flux ??
----
y a t il des flux à Besançon ?
Y en a pas à Marseille aux dernières nouvelles
----
c'est vrai qu'il n'y a pas de flux en spé chir à Grenoble ?
j'peux pas trop contacter la DRASS, je suis en stage à l'étranger... si qqun sait...

A priori, pas de flux à Besançon... en tout cas, pas jusqu'à maintenant.
Mais on ne sait pas ce qu'ils nous réservent pour l'année prochaine...
----
y'a pas de flux à Marseille, je m'étais renseigné pour un futur interne l'an dernier...
tu choisis normalement au bout de tes 4 semestres, sous condition d'avoir effectué un stage dans la maquette que tu veux (le truc de base quoi)

Ma question est peut-être un peu conne... mais en pratique, dans les simulations de céline, et ensuite pour le choix en amphi de garnison, est ce qu'ils tiennent comptent des flux en vigueur dans les villes qui les appliquent ?
par exemple, si je veux faire uro sur Lyon où il n'y a que deux postes prévus par les flux, ai-je un moyen de savoir si je vais pouvoir avoir accès à l'un de ces postes (autre que celui d'embaucher un détective privé pour identifier à travers la France tous les D4 susceptibles de prendre la chir à Lyon en général, et la chir uro en particulier) ?
parce que sinon c'est quand même un gros coup de poker au moment du choix...
----
non ce n'est pas pris en compte, ni par Céline, ni par l'amphi de garnison
en revanche, au cours de Céline et de l'amphi de garnison, tu connais ton rang de choix dans la ville et dans la filière
ainsi, tu peux savoir par exemple si tu es la 1ère, 2ème, 3ème, etc. à choisir spé chir à Lyon
si par exemple il n'y a que 2 postes d'uro et que tu es 3ème à choisir spé chir à Lyon, tu sais ainsi qu'il y a un risque que tu ne fasses pas uro si les 2 devant toi choisissent cette spé ; et inversement, si tu es 1ère ou 2ème, tu es sûre d'y avoir accès
----
et pour cardio à Nantes, flux ou pas flux ??????????
une interne de là-bas au tél. m'a dit que non...
merci pour vos infos
----

pour la chir flux d'apres ce qu'on m'a dit (interne de chir)...dc je pense que pour la med aussi.

Quand est ce qu'on se révolte pour les flux. Moi je propose un coup d'état (bon je me dévoue c'est moi qui prend le pouvoir).Sérieusement, ya rien de prévu pour qu'on arrête de se faire enc..... chaque année.
----
je crois honnêtement qu'on ne peut rien faire sans les internes (c'est eux que ça concerne), et ils ne bougent pas, ou, en tout cas, je ne les vois pas bouger...
----
je me demandais un truc, comment se passe le droit au remord dans une ville a flux ?il faut savoir de suite qu'elle sous spe faire ?est ce aussi facil que dans une autre ville ?

Non, a priori y'a pas de flux en chir à Grenoble, en spé med non plus d'ailleurs (pour l'instant ...)
----
moi aussi j'ai une question conne (et j'espère que personne n'y a répondu dans ce forum) : comment se passe le droit au remord dans une ville avec flux. Moi, j'hésite entre cardio et ortho (Monacopolo faut que je foute ma timidité de côté et que je t'appelle). Si je choisis ortho à Lyon et que les ECG me manquent, suis je déclassé en cas de remord ?
----
salut tout le monde,
flux ou pas à Brest ?
----
flux à Toulouse ou pas ?????????

Comme déjà dit sur un autre topic, à Toulouse il n'y a pas de flux. On est calqué sur les rèles soit un semestre à faire dans la spécialité au cours des 4 premiers semestres pour s'inscrire à cette spé.
Au cas où voilà les coordonnées de la DRASS :
Contacts : Adresse : 10, chemin du Raisin, 31050, Toulouse CEDEX 9
Tél : 05.34.30.24.00
Fax : 05.34.30.25.30
Mél : dr31-secr-direction @sante.gouv.fr

A priori tu peux changer de sous spé mais dans ce cas tu piques la place à l'interne moins bien classé.Il faut donc clairement préciser au départ que tu hésites entre ces 2 spé pour que personne ne se fasse trop d'illusion...

----
et le nombre de postes de spémed à bordeaux alors tu pourrais pas nous le filer ???

À Bordeaux, il y a 30 places de spé méd.
Tous les nombres de postes sur le site de l'ANEMF :
PAr contre, j'ai pas le détail... désolé

Mais je veux juste préciser un truc. Si je prends cardio à Lyon, j'ai de très forte chance d'être le dernier à le prendre (et encore...) puisque je suis 605. Si quelqu'un devant moi décide de quitter radio pour cardio par exemple
lors des 4 premiers semestres, je me retrouve au chômage ejecté de mon Desc de Cardio... si c'est le cas, c'est charmant.....
Règles des FLUX à Bordeaux...

Bonjour à tous!
Voici une tentative d'explication par écrit des règles des flux dans la sudivision Bordeaux.
C'est le bureau de l'internat de Bordeaux qui, seul, propose une explication écrite pour aider les futurs internes à comprendre les flux de bordeaux.
------------------- Note à titre seulement indicatif, sous réserve !!! ----------
Les Flux à Bordeaux
Concernent les spécialités médicales et chirurgicales
Sont exclues : l'anesthésie réanimation, gynéco obstétrique, pédiatrie, gynéco médicale, biologie, psychiatrie, médecine du travail, santé publique qui sont sans flux
On fait la différence entre les flux et les postes d'internes
À l'arrivée des nouveaux internes affectés à Bordeaux en octobre , (le 6 octobre 2005 à Bordeaux cette année !) on leur demandera :
Le matin : leur choix envisagé de leur future spécialité (FLUX) : (exemple DES cardio)
Les internes choisissent en fonction de leur rang de classement à l'ENC
L'après-midi : Le choix du premier stage d'interne, de nov 05 à fin avril 06 (un service de cardio mais ça peut être un autre service) indépendant du flux choisi le matin
Les deux n'ont RIEN A VOIR !!!
Ce sont deux choix indépendants
Exemple :
Il y a 4 flux de cardio pour 2005, donc seulement 4 internes de cette promotion pourront devenir cardiologue. Pour s'inscrire définitivement dans le flux choisi (ex Cardio), un stage dans le DES choisi (ex Cardio) doit obligatoirement être validé avant le début du 5ème semestre.
Si un interne n'est pas dans le flux de cardio (4 personnes devant lui ayant choisi la cardio au choix de flux), le fait de valider un stage de cardio durant les 4 premiers semestres ne changera en rien le fait qu'il ne pourra pas faire de la cardio, sauf désistement d'un des quatre internes classés devant lui dans le flux de cardio.

Exceptions :
1° Le droit au remord = changement de filière
Le changement de filière dans une promotion n'est possible que si le classement obtenu à l'ENC est meilleur que celui du dernier pris au flux du DES désiré. Si cette condition est remplie, alors il se surajoutera aux internes précédemment inscrit dans le DES, sans aucune conséquence pour eux.
Exemple : Un interne initialement inscrit en chirurgie souhaite réaliser un remord en médecine (exemple la cardiologie) : il se surajoutera aux 4 internes inscrits précédemment au flux de Cardio.
Exemple (chiffres au hasard sans aucune valeur !!!!) :
Flux de Cardio d'une année donnée :
1er interne à choisir le flux de Cardio : 100° de l'ENC
2ème : 200°
3 ème : 300°
4 ème : 400°
Un interne ne peut faire son droit au remord vers la cardiologie que s'il est classé devant le 4ème, donc au moins le 399 ème de cette promo. Il deviendra le 5 ème interne de cette promotion, et choisira avec son rang de classement (interclassement). Donc si il est 399 ème, il sera le 4 ème à choisir.
2° Changement de flux (donc de spécialité) à l'intérieur d'une même filière médicale ou chirurgicale par exemple.
Le changement de flux dans une promotion n'est possible que si le classement obtenu à l'ENC est meilleur que celui du dernier pris au flux du DES désiré. Si cette condition est remplie, il sort du flux le dernier interne qui occupait la dernière place de ce même flux.
Le changement de flux peut intervenir jusqu'à la fin du 4ème semestre, c'est-à-dire avant l'inscription définitive en DES.
Dans notre exemple précédent :
Flux de Cardio d'une année donnée :
1er : 100
2eme : 200
3eme : 300
4eme : 400
Un interne de Dermato classé 250ème voulant se réorienter vers la cardio pourra le faire car il est classé avant le 400ème, et il sortira du flux le 4ème interne du flux de cardio classé 400. Cet interne ne pourra alors plus réaliser de cardiologie.
Remarque très importante : On répète : Le droit au remord et le changement de flux ne sont possibles que si votre classement est meilleur que celui du dernier interne ayant déjà choisi dans le DES que vous souhaitez faire et au sein de la même promotion d'internat
En janvier de votre première et deuxième année d'internat, on vous demandera avec l'ensemble de votre promotion de confirmer ou d ?infirmer votre choix de flux, sans aucun rapport avec vos stages d'internes.
Avantages :
- Démographie médicale (ok c'est une préoccupation qui vous paraît bien lointaine fin août avant de choisir votre spé et votre ville...)
- **Essayer** de mettre en adéquation le nombre d'internes et le nombre de postes de chefs de clinique. (ex : 3 internes de viscérale, 3 postes de chefs de clinique en viscéral à Bordeaux, à la fin de leur cursus pour ces internes)
- Permet un suivi personnalisé du cursus de chacun des internes
Inconvénients :
- Frustration pour les futurs internes qui choisissent Bordeaux de ne pas savoir si ils auront ou non un poste dans le flux (spécialité) qu'ils désirent.
- Importance du classement à l'ENC pour le choix de sa spécialité
____ ______
C'est très joli, tout ça, mais ça ressemble à s'y méprendre à un joli dépliant de la DRASS Aquitaine (cf. "un suivi personnalisé...") !
L'argument démographique, c'est du flan : au vu de votre répartition, tu vas essayer de me faire croire qu'on a besoin de 2 fois plus d'endocrinologues que d'oncologues ? Je crois plutôt que ces postes sont répartis de façon à satisfaire vos patrons, et faire fonctionner les services, plutôt que pour répondre à des besoins démographiques.
Tes commentaires du style "je suis un vieux de la vieille", sur nos préoccupations démographiques me font aussi penser que tu y trouves ton compte...
C'est nous, les D4, qui souffrons de ces flux à la con, pas vous qui êtes en fin d'internat !!!
À Marseille, il est question de flux pour cette année aussi !
À Lyon, Rennes et Paris aussi !
Mais que fait l'ANEMF ?
Qu'est-ce que vous voulez ? Qu'on se casse le cul à passer les ECN pour être nommés en Rééducation parce qu'un connard de la DRASS l'aura décidé, avec l'aval des internes qui s'en foutent parce que ça ne les regarde plus ?
Et d'ailleurs, quelle est la position officielle des internes ? Chez nous, le SAIHM est bien sûr contre les flux. Mais ailleurs ?
J'ai l'impression que nous, les D4, on est en train de se faire enfiler à la sauvette, et que personne ne bouge... Il y en a parmi vous qui aiment ça ???
Moi, ça me donne envie de gerber !
Marseille, c'est pas Bordeaux, ça sera JAMAIS Bordeaux.

Ok, j'ai maintenant à;peu pres compris les flux...Mais j'ai une dernière question :
- à priori tous les postes de spe med sont pris chaque année
-si une personne change de flux à l'intérieur d'une spe med, il chamboule tout le reste du classement, car la personne éjectée ne choisira pas forcément le poste que l'éjecteur vient de choisir ?
-est ce que si le poste quitté n'est pas pourvu, ça rajoute une place pour l'année suivante ? J'ai entendu dire qu'un interne de gastro veut faire un remord, cela signifie t'il qu'il pourrait y avoir 3 postes pour l'année prochaine ?
Merci de ta réponse (car moi ça m'intéresse de faire gastro!!!)

Non, chaque année, il y a 1 ou 2 flux en plus par rapport au nombre d'internes en spé med pour que le dernier du classement puisse avoir un choix.
Citation :
Posté par aldine
-si une personne change de flux à l'intérieur d'une spe med, il chamboule tout le reste du classement, car la personne éjectée ne choisira pas forcement le poste que l'éjecteur vient de choisir ?
Oui
Citation :
Posté par aldine
-est ce que si le poste quitté n'est pas pourvu, ça rajoute une place pour l'année suivante? J'ai entendu dire qu'un interne de gastro veut faire un remord, cela signifie t'il qu'il pourrait y avoir 3 postes pour l'année prochaine?
Non, ce n'est jamais systématique et acquis.
Par contre, si ce poste est non pourvu et que l'année suivante, il y a une personne qui veut le faire et qui n'est pas dans le flux car trop de personne devant lui, parfois et je dis bien parfois, après de nombreuses discussions, on peut réussir à récupérer ce flux, MAIS CE N'EST JAMAIS SYSTÉMATIQUE, ALORS ATTENTION.
Bon courage et n'hésite pas si tu as d'autres questions.
----
pour Angers, c'est de source officielle, en tout cas pour l'ophtalmo, ils formeront que 2 nouveaux internes cette année
----
À Lille, ils n'ont réparti que 30 postes environ pour l'instant sur 53. Ils ne savent pas comment répartir le reste, ils sont en train de voir avec les coordinateurs de chaque DESC.
en ORL il y aura 5 postes, et en viscérale 10.

Il n'y aura très probablement que 3 flux en ophtalmo en nov 2005 à Bordeaux.
Je vous fais part des discussions non encore validés. Nous ne seront certain que le 12 septembre.
Si ça se confirme avant, vous serez immédiatement informés!
Bons choix!
----
en ce qui concerne la NEUROLOGIE a ROUEN, les flux ne sont pas stricts!!!!les chefs vont s'arranger avec la drass!!! appeler ds le service si vous avez un doute.

SI tu as un meilleur classement que le dernier à avoir été pris en chir, tu es en PLUS du flux, tu ne sors personne du Flux en venant d'une autre filière comme la MG.

Partant du principe que les étudiants en Médecine en France sont sur-sélectionnés dès la P1 depuis 20 ans par rapports aux besoins (on estime que le meilleur moyen de diminuer les dépenses de santé est de diminuer le nombre de prescripteurs...), le dispatching des Internes s'inscrit dans une démarche de régulation de la démographie médicale non seulement au niveau national mais aussi au sein même de chaque filière.
Il parait évident que tout cela est bien arbitraire, mais regardez dans les pays environnants, ceci ressemble toutefois à un système égalitaire (pour peu que les fuites n'existent pas avant le concours, ce qui reste à prouver... sans succès ...).
Trouveriez-vous logique que l'on brime des vocations de médecin en P1 pour finalement accorder en 6 à tout le monde la possibilité de faire Ophtalmo ?
La pratique et la gestion de la Médecine s'incrit au sein même de la démographie médicale. Et ça vous l'appliquez tous les jours, avec l'adage :
"Ce qui est fréquent est fréquent, ce qui est rare est rare".
On ne peut nier des besoins différents selon les filières.
Souhaitez-vous voir, comme ça se dessine actuellement, les spés désertées confiées à des FFI (dont le statut est bien discutable), à des CC étrangers, puis à des patrons étrangers, puis à des FFI creusant leur trou, alors que ceux d'entre nous qui ne pourront pas faire Cardio iront en MG par dépit ?
Les flux sont un mal nécessaire, tant du point de vue du gouvernement, que pour le choix à l'internat de la ville et de la spé.
Et là où ils n'existent pas, ne vous faites pas d'illusion, les régulations internes sont là pour diriger les "vocations".
Évidemment le côté arbitraire ne saurait plaire aux Français, peuple de révolution et de grèves...
C'est pourquoi se dessine tout doucement une nouvelle réforme de l'internat avec un retour à la régionalisation, pour allier gestion de la démographie médicale et humanité des expatriations. S'y ajoutera probablement une filiarisation dès la première année d'internat (avec remords à type d'échanges inter-internes), si ce n'est pour toutes les spés, tout au moins pour celles qui sont désertées. Ainsi, l'anapath, la chir viscérale, ect..., seront des choix à part entière pour contrer le manque de vocations, au même titre que l'ont été la Pédia ou la Psy.
Geulez si vous voulez, quand vous serez bien vieux et bien malades, vous serez peut-être bien heureux de tomber sur des internes et des chefs issus de la formation francaise et non pas quelques Ruskoï (c'est une image, pas taper...) imbibés pour couper la bride qui vous vomir...
----
et ça c'est quoi, le message d'un interne qui fait le DES qu'il souhaite ?
tu m'excuseras mais si on veut légaliser les flux, qu'on enlève la ligne du décret qui dit qu'un étudiant choisit son DES à l'issue de ses 4 premiers semestres de stage
en attendant les flux sont illégaux
ce n'est pas l'expression d'un besoin de faire une grève, de gueuler ou de faire la révolution, cette pratique est tout simplement illégale ! qu'on ne nous laisse pas l'impression qu'on aura le choix alors que ce n'est pas le cas
----
Je suis d'accord avec toi : tout ça est bien moche.
Malgré tout, je vais plus loin : il faut rendre légaux les flux (cf post supra, paragraphe concernant l'évolution de l'ENC), et dire clairement que l'on n'aura pas le choix.
Et ça c'est le discours d'un interne qui ne fait pas le DES visé, et encore moins dans la ville de son choix...
----

qques questions :
qui décident de flux vs pas flux
qui décident du nombre de postes mis dans le flux (les internes ont l'air d'y participer vus les posts + hauts)
sur quels critères ?
qqun a t'il déjà essayer de mettre la drass ou autre au tribunal administratif ????
si oui quelle a été la décision du TA ?
car si c'est illégal c'est 100 % de réussite...
----
d'accord avec toi (OTCorp)
certes les flux sont illégaux,
mais faut pas se leurer, la régulation existe dans les villes "sans flux", avec comme différence qu'il est impossible de la prévoir. Dans une ville à flux, au moment du choix, on est en mesure de connaître le nombre de postes.
Après, n'oublions pas que ça reste un concours, et que _malheureusement_ nous ne pourrons tous avoir ce que l'on souhaite.
Ce système de flux présente aussi l'avantage de l'adéquation avec les post-internats...ce qui me semble particulièrement avantageux dans les filières où le clinicat est essentiel (chir+++).
Avec un système à flux, peut être pourrait-on rêver choisir sa sous spé lors des simulations internet de choix ?
après reste le problème de ceux qui ne savent pas ce qu'ils veulent...j'en conviens, mais y'a t-il une solution idéale qui convienne à tout le monde ??
----
autant tout filiariser ce qui aurait moins l'avantage de la lisibilité...
car entre les villes avec et sans flux dont certaines le deviennent en plein milieu des choix ...
c'est un peu le merdier...
----
je suis désolé, mais moi par exemple j'hésite entre néphro et gastro, et avoir la possibilité de choisir entre l'une et l'autre en passant dans un stage de l'une et l'autre, ça pourrait me servir !
et je pense pas être le seul dans un cas similaire, si ?
ou alors on donne raison à tout ce qu'on subit depuis le début de nos études, et on accepte en courbant l'échine la dilatation progressive de nos sphincters
----
bien Évidemment je suis contre les flux ...
car effectivement si on ne sait pas ce que l'on veut ... il est difficile de choisir
car il est mieux de faire ce que l'on aime pendant 30 ans que ce que l'on vous a imposé, surtout apres s'être fait chier pendant 6 ans
le motif du clinicat à la clef ne tient pas pour ceux qui ne veulent pas en faire (il doit bien exister des spé en secteur 1 ???)
et puis je n'ai pas eu de réponse : qqun a t'il mis la drass au Tribunal admnistratif ?

Eh bien je pense que tu peux prendre le temps d'en discuter avec un avocat...